

26

cadernos temáticos CRP SP

***Psicologia, exercício
da maternidade
e proteção social***



Conselho Regional de **PSICOLOGIA SP**

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - CRP 06

26

cadernos temáticos CRP SP
**Psicologia, exercício
da maternidade
e proteção social**

CRP 06 · São Paulo · 2019 · 1ª Edição

Caderno Temático nº 26 – Psicologia, exercício da maternidade e proteção social

XV Plenário (2016-2019)

Diretoria

Presidenta | Luciana Stoppa dos Santos
Vice-presidenta | Larissa Gomes Ornelas Pedott
Secretária | Suely Castaldi Ortiz da Silva
Tesoureiro | Guilherme Rodrigues Raggi Pereira

Conselheiras/os

Aristeu Bertelli da Silva (*Afastado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Beatriz Borges Brambilla
Beatriz Marques de Mattos
Bruna Lavinias Jardim Falleiros (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Clarice Pimentel Paulon (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Ed Otsuka
Edgar Rodrigues
Evelyn Sayeg (*Licenciada desde 20/10/2018 - PL 2051ª de 20/10/18*)
Ivana do Carmo Souza
Ivani Francisco de Oliveira
Magna Barboza Damasceno
Maria das Graças Mazarin de Araújo
Maria Mercedes Whitaker Kehl Vieira Bicudo Guarnieri
Maria Rozineti Gonçalves
Maurício Marinho Iwai (*Licenciado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Mary Ueta
Monalisa Muniz Nascimento
Regiane Aparecida Piva
Reginaldo Branco da Silva
Rodrigo Fernando Presotto
Rodrigo Toledo
Vinicius Cesca de Lima (*Licenciado desde 07/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)

Organização do caderno

Adriane Cristhine Barbosa da Silva e Beatriz Borges Brambilla

Revisão ortográfica

Andrea Vidal

Projeto gráfico e editoração

Paulo Mota | Relações Externas CRP SP

C755p Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
Psicologia, exercício da maternidade e proteção social. Conselho Regional de
Psicologia de São Paulo. - São Paulo: CRP SP, 2019.
60 p.; 21x28cm. (Cadernos Temáticos CRP SP /nº 26)

ISBN: 978-85-60405-54-1

1. Psicologia e Maternidade. 2. Saúde da Mulher. 3. Direitos Humanos. 4.
Saúde da Criança. 5. Assistência Social. I. Título

CDD 155.6423

Ficha catalográfica elaborada por Marcos Toledo CRB8/8396

Cadernos Temáticos do CRP SP

Desde 2007, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo inclui, entre as ações permanentes da gestão, a publicação da série *Cadernos Temáticos do CRP SP*, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a vários objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orientam as ações do CRP SP, o de produzir referências para o exercício profissional de psicólogas/os; o segundo é o de identificar áreas que mereçam atenção prioritária, em função de seu reconhecimento social ou da necessidade de sua consolidação; o terceiro é o de, efetivamente, ser um espaço para que a categoria apresente suas posições e questionamentos acerca da atuação profissional, garantindo, assim, a construção coletiva de um projeto para a Psicologia que expresse a sua importância como ciência e como profissão.

Esses três objetivos articulam-se nos *Cadernos Temáticos* de maneira a apresentar resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP SP, que contaram com a experiência de pesquisadoras/es e especialistas da Psicologia para debater sobre assuntos ou temáticas variados na área. Reafirmamos o debate permanente como princípio fundamental do processo de democratização, seja para consolidar diretrizes, seja para delinear ainda mais os caminhos a serem trilhados no enfrentamento dos inúmeros desafios presentes em nossa realidade, sempre compreendendo a constituição da singularidade humana como um fenômeno complexo, multideterminado e historicamente produzido. A publicação dos *Cadernos Temáticos* é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida a psicólogas/os, bem como aos diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para a profícua discussão, em diferentes lugares e de diversas maneiras, sobre a prática profissional da Psicologia.

Este é o 26º Caderno da série. Seu tema é: *Psicologia, exercício da maternidade e proteção social*.

Outras temáticas e debates ainda se unirão a este conjunto, trazendo para o espaço coletivo informações, críticas e proposições sobre temas relevantes para a Psicologia e para a sociedade.

A divulgação deste material nas versões impressa e digital possibilita ampla discussão, mantendo permanentemente a reflexão sobre o compromisso social de nossa profissão, reflexão para a qual convidamos a todas/os.

XV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

Os Cadernos já publicados podem ser consultados em www.crsp.org.br:

- 1 – Psicologia e preconceito racial
- 2 – Profissionais frente a situações de tortura
- 3 – A Psicologia promovendo o ECA
- 4 – A inserção da Psicologia na saúde suplementar
- 5 – Cidadania ativa na prática
- 5 – *Ciudadanía activa en la práctica*
- 6 – Psicologia e Educação: contribuições para a atuação profissional
- 7 – Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 8 – Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas
- 9 – Ensino da Psicologia no Nível Médio: impasses e alternativas
- 10 – Psicólogo Judiciário nas Questões de Família
- 11 – Psicologia e Diversidade Sexual
- 12 – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas
- 13 – Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade
- 14 – Contra o genocídio da população negra: subsídios técnicos e teóricos para Psicologia
- 15 – Centros de Convivência e Cooperativa
- 16 – Psicologia e Segurança Pública
- 17 – Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento da desigualdade social
- 18 – Psicologia do Esporte: contribuições para a atuação profissional
- 19 – Psicologia e Educação: desafios da inclusão
- 20 – Psicologia Organizacional e do Trabalho
- 21 – Psicologia em emergências e desastres
- 22 – A quem interessa a “Reforma” da Previdência?: articulações entre a psicologia e os direitos das trabalhadoras e trabalhadores
- 23 – Psicologia e o resgate da memória: diálogos em construção
- 24 – A potência da psicologia obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira
- 25 – Psicologia, laicidade do estado e o enfrentamento à intolerância religiosa

Sumário

07 APRESENTAÇÃO

OFICINA EXERCÍCIO DA MATERNIDADE E PROTEÇÃO SOCIAL:
RELATOS DE PRÁTICAS DE TRABALHOS

08 *Eroy Aparecida da Silva*

09 *Isadora Simões de Souza*

11 *Sônia Lansky*

16 *Amanda Naves Drummond*

20 *Egídia Maria de Almeida Aiexe*

25 *Janaína Dantas Germano Gomes*

POR QUE FALAR DE MATERNIDADE E VULNERABILIDADE SOCIAL?
Mesa de Abertura

28 *Juliana*

29 *Thaís Nascimento Dantas*

29 *Guilherme Assis de Almeida*

Palestras

30 *Vera Iaconelli*

35 *Sílvia Brasiliano*

40 *Eunice Teresinha Fávero*

44 *Júnia Roman Carvalho*

COMO ATUAR NA PROTEÇÃO À MATERNIDADE EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE

48 *Luiz Tokuzi Kohara*

53 *Patrick James Reason*

55 *Marcela Cintra Garrafa Diniz*

57 *Ariane Goim Rios*

Apresentação

Comissão de Políticas Públicas - CPP CRP SP

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo tem acompanhado de maneira atenta e ativa as discussões sobre “maternidades” realizadas no Estado de São Paulo, especialmente pela participação em um grupo de trabalho com representação de profissionais e entidades da Psicologia, do Serviço Social e do Direito, além de serviços públicos na área da Justiça, Assistência Social e Saúde.

As discussões têm transversalizado o debate sobre maternidade e as chamadas vulnerabilidades sociais, atentando-se, especialmente, ao direito de ser mãe de mulheres em situação de rua; usuárias de álcool e outras drogas; em situação de cárcere; em situação de pobreza, etc. Tal debate tem ocorrido pela violência de Estado praticada com frequência em São Paulo de retirada compulsória dos bebês.

Tais práticas, muitas vezes, são legitimadas pela elaboração de documentos escritos produzidos por profissionais da Psicologia que balizam-se por valores e crenças morais individuais. Os relatórios reforçam preconceitos e estigmas contra as mulheres, além de calcarem-se em uma ideia de maternagem ideal.

A discussão sobre as maternidades nesta sociedade, neste tempo, parte de uma sociedade patriarcal que, cotidianamente, expressa todas as formas de violência contra as mulheres, inclusive na compulsoriedade da maternidade, por entender que se trata de um sinônimo do exercício da mulher.

O presente caderno propõe um diálogo com a Clínica de Direitos Humanos: Luiz Gama, da Faculdade de Direito da USP, em que se ampliam as discussões dos sentidos das vulnerabilidades, das desigualdades e da proteção social nas maternidades.

Trata-se de uma reflexão sobre modelos de proteção social. Para tanto, devemos considerar a atual conjuntura de ameaça aos direitos sociais e à democracia. Nos perguntamos o que fazer para a garantia do direito à maternidade a todas as mulheres e da proteção das crianças?

Do ponto de vista da Psicologia, trazemos a discussão de que essa chamada “vulnerabilidade” ou as lacunas do processo de proteção social produzem sofrimento. Existe uma dimensão subjetiva das formas de vivenciar cada uma dessas experiências. Falar das maternidades é falar de direitos sociais, é falar de moradia, é falar de cultura, é falar de saúde, da assistência social, de educação, de trabalho, da lógica do amparo maternal e infantil.

Devemos, efetivamente, transversalizar essa questão no bojo da discussão dos direitos sociais. Enfrentar as desigualdades e defender a democracia são deveres éticos para a Psicologia. Lembrar que nossa luta cria cotidianamente cidadania, cria direitos humanos, cria dignidade e que construímos juntos as possibilidades de desestigmatização de situações que estão altamente cristalizadas na nossa sociedade. 🌍

Oficina Exercício da Maternidade e Proteção Social: Relatos de Práticas de Trabalhos

Eroy Aparecida da Silva

Psicoterapeuta Familiar e Comunitária, Pesquisadora na Área de Álcool e Outras Drogas. Parecerista de revistas nacionais sobre o tema. Autora de vários livros. Ativista Social atuando em vários coletivos na cidade de São Paulo.

A igualdade é muito diferente das diferenças. As diferenças estão relacionadas a uma visão horizontalizada, enquanto desigualdade é aquilo que os mecanismos de poder e as relações de poder nos apontam. Então, acho que as mulheres trazem dentro de si quase uma herança arquetípica, a mãe de todos os mitos – nós trazemos dentro de nós a desigualdade. Uma herança do patriarcado, uma herança forte do patriarcado que, certamente, nos colocavam e ainda nos colocam como menor.

A maternidade, durante muito tempo, enfrentou uma questão paradoxal. Ao mesmo tempo que era glorificada pela religião católica, que via a maternidade como algo divino, do ponto de vista histórico, no que se refere à dominação pelos nossos colonizadores portugueses – que eram católicos –, era vista como um indicador de inferioridade.

As mulheres, de modo geral, recebem salários menores que os dos homens e estão submetidas a uma jornada tripla ou quádrupla – e estou me referindo às mulheres de classe média. Mas e quando falamos das mulheres trabalhadoras, que, muitas vezes, foram abandonadas por seus parceiros, o que as predispõe a viver na rua? Especialmente no tocante à questão do álcool e das drogas, o que nós observamos? Observamos que, quando um homem procura tratamento – ou, muitas vezes, mesmo quando está na rua –, tem uma mulher que cuida dele. Já a mulher que está na rua costuma ser abandonada pela família e ficar bastante solitária.

Então, precisamos ter clara a questão do feminino que, até cerca de 1960, era caracterizado pela mulher como sinônimo de boa mãe, de boa

dona de casa, daquela que conseguia cuidar do lar e dos filhos. Com a entrada dessa mulher no mercado de trabalho por uma questão econômica, principalmente no Brasil, ela passou a ser mão de obra barata, reforçando a história das mulheres negras, escravas, lavadeiras.

Nesses mais de trinta anos em que trabalho com dependentes de álcool e drogas, nunca vi nenhuma mulher que usa *crack* e mora nos Jardins perder sua criança porque é usuária de drogas, mas já vi várias mulheres negras e pobres na rua. Parece que estamos sempre repetindo esse discurso, e estamos mesmo, porque ainda não conseguimos dar conta dessa questão.

É por isso que eu acho que eventos como este vão nos ajudar a discutir de que mulher falamos, e de que proteção social falamos, porque, sem dúvida, existe um conflito de classe aí. Se essa mulher é negra, se essa mulher está na rua, se essa mulher é estigmatizada por outras mulheres, ela fica desprotegida.

Temos saído a campo para tentar descobrir por que as mulheres que estão na rua, abandonadas, estigmatizadas e grávidas, não procuram tratamento. Observamos que as desigualdades se acentuam quando essas mulheres estão na rua, que elas são estigmatizadas por outras mulheres. E falar de maternidade envolvendo mulheres negras que vivem na rua é mais complexo ainda.

Eu penso que a proteção social passa por defesa de direitos que estão seriamente ameaçados. Eu acredito que este evento é um evento de resistência e é cada vez mais importante para que nós consigamos continuar na luta. 🌱

Isadora Simões de Souza

Psicóloga. Professora de Psicologia na Universidade Anhembi-Morumbi-UAM/São Paulo. Mestre em Saúde Mental. Doutoranda na PUC-SP com o tema das mulheres usuárias de drogas e a retirada dos bebês.

Na época em que aconteceram as recomendações do Ministério Público em Minas Gerais, eu estava na Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Foi naquele momento que nos debruçamos na construção de uma nova técnica, que hoje, em alguma medida, nos direciona e nos fortalece no tocante à garantia de direitos em relação ao que aconteceu naquele tempo.

Paralelamente a isso, meu mestrado foi feito discutindo os determinantes da institucionalização de crianças e adolescentes na doutrina da proteção integral e trazendo uma discussão importante e central a que hoje, no campo da saúde mental e nos demais campos, não podemos nos furtar: a discussão sobre classe, gênero e raça. Ficou muito evidente, na minha pesquisa de mestrado, que onde apareciam questões em relação a mulheres com necessidades recorrentes do uso de álcool e outras drogas, combinadas com uma situação de pobreza mais expressiva, isso ia se configurando como outro discurso, em especial das equipes técnicas que atuavam nos casos naquele momento.

“É necessário estabelecer que onde a gravidade é maior não precisamos de menos direitos, precisamos de mais”

Então, considerando que estão presentes aqui pessoas de diferentes equipamentos do sistema de garantia, pessoas da Saúde, da assistência, das equipes técnicas do Judiciário e da Defensoria, é relevante complexificarmos esse debate, levando em conta que todos compartilhamos da

aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente e que é necessário estabelecer que onde a gravidade é maior não precisamos de menos direitos, precisamos de mais.

Em casos de mulheres que fazem uso intensivo de substâncias, não há dúvida de que é necessário o envolvimento de muitas pessoas. Em minha pesquisa, ficou evidente que o caminho encurta quando aparecem questões mais complexas, como drogas e pobreza, mas deveria ocorrer o contrário.

“Ficou evidente que o caminho encurta quando aparecem questões mais complexas, como drogas e pobreza, mas deveria ocorrer o contrário”

Atualmente, na minha pesquisa de doutorado, que desenvolvo no Núcleo de Práticas Institucionais na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, é justamente esse o caminho que estamos construindo com as mulheres usuárias do serviço do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas) no centro da cidade. Conseguimos vivenciar com algumas mulheres a experiência de aumentar o tempo delas em acolhimento noturno, entendendo que era um recurso importante para elas, enquanto gestantes, estar no CAPS III¹, para pensar o que é possível fazer em termos de redução de danos. E, nesse acolhimen-

1 Centro de Atenção Psicossocial para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>.

“Muitas vezes, participamos de discussões sobre casos graves em que, ao se buscar uma pretensa proteção, se violam os direitos da criança e do adolescente”

to, ganhávamos tempo para articular com os familiares. Houve um caso, em especial, de uma mulher que hoje segue com o bebê, mas contou com a rede familiar, em que foi possível costurar o caso durante os três meses de intensificação de seu acolhimento noturno.

Em casos como esses, de costura, de trabalho artesanal, nos interessa pensar justamente na perspectiva de oferecer cuidado a mais pessoas, com mais direitos e intensificação de recursos. Existem casos bastante graves, mas, quando nos debruçamos, conseguimos costurar algo possível.

Muitas vezes, participamos de discussões sobre casos graves em que, ao se buscar uma pretensa proteção, se violam os direitos da criança e do adolescente. E como a gente vai além dessa discussão? Eu entendo que é a partir da ideia de validação. Durante anos, na história brasileira, a gente teve a ideia de que se atribuía menor valor a uma infância pobre. Então, é importante discutirmos no âmbito da validação qual é o lugar da criança e do adolescente nessa infância pobre.

No caso da maternidade, há um discurso de valor sobre quais são as maternidades indignas de serem vividas e quais são as maternidades dignas de serem vividas, sobre a mãe afetuosa e a mãe incompetente. E isso, obviamente, é um discurso de classe, de gênero, de raça fundamental para ser discutido. 🧠

“Há um discurso de valor sobre quais são as maternidades indignas de serem vividas e quais são as maternidades dignas de serem vividas, sobre a mãe afetuosa e a mãe incompetente. E isso, obviamente, é um discurso de classe, de gênero, de raça fundamental para ser discutido”

Bacharela em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Fez pós-doutorado pela ENSP/Fiocruz. Atuou como consultora do Ministério da Saúde. Foi coordenadora regional da Pesquisa Nascer no Brasil da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz). É pesquisadora do GPEAS-Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde da FM/UFMG e professora colaboradora da Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. É médica da Prefeitura de Belo Horizonte, onde coordenou o Comitê de Prevenção de Óbitos Materno, Fetal e Infantil e a Comissão Perinatal de 1999 a 2016.

A questão do exercício da maternidade é de uma grande intensidade de vida, de história de movimento, e perpassa dificuldades na atuação da Saúde e do Direito no Brasil todo.

A primeira coisa que eu gostaria de dizer é que, apesar de toda a dificuldade, de toda a problemática de grande intensidade que é o pro-enfrentamento dessa questão, nossa articulação em Belo Horizonte com as pessoas do Direito foi muito interessante. Antes não tínhamos essa parceria, mas hoje nos intitulamos como um movimento – não andamos sós, estamos cada vez mais juntos, não soltamos a mão de ninguém.

Nós fizemos uma amarração nesse tecido, nessa bordação, com a Clínica de Direitos Humanos e Programa Polos de Cidadania. Estamos cada vez mais amarrados e fortes, porque não há possibilidade de trabalharmos essas questões apenas na área da Saúde, assim como aconteceu no movimento do Judiciário dirigido à Saúde, como foi feita uma arbitrariedade em Belo Horizonte tendo como alvo as mulheres usuárias de drogas ou portadoras de algum sofrimento mental, ou pobres ou pretas.

Lá em BH, na Saúde, nós trabalhávamos intensamente com a questão da maternidade, pela melhoria da condição dessas mulheres, a partir da visão da violência obstétrica, pautando a história das intervenções na assistência à maternidade, ao parto e ao nascimento e também o excesso de cesarianas – essas são duas formas de compreensão de como se dá a organização dessa assistência para as mulheres brasileiras, sejam ricas, sejam pobres.

De um lado, as mulheres ricas com alta escolaridade sofrendo o excesso de cesarianas, ma-

“Nós trabalhávamos intensamente com a questão da maternidade, pela melhoria da condição dessas mulheres, a partir da visão da violência obstétrica”

nipuladas na assistência com inverdades e mitos sobre sua possibilidade e sobre sua capacidade de parir, interferindo também em sua capacidade de serem mães. É uma forma de terceirização da maternidade, de deslocamento do protagonismo feminino nesse momento do parto e do nascimento – é um desempoderamento da mulher. De outro, as mulheres pobres sofrendo um excesso de intervenções no momento do parto, um excesso de danos a sua condição de protagonistas desse parto, como se o parto fosse não da mulher, do bebê e da família, mas um ato médico ou cirúrgico, um ato cheio de intervenções que causam sofrimento à mulher.

“De um lado, as mulheres ricas com alta escolaridade sofrendo o excesso de cesarianas, manipuladas na assistência com inverdades e mitos sobre sua possibilidade e sobre sua capacidade de parir, interferindo também em sua capacidade de serem mães”

“Um desempoderamento da mulher. De outro, as mulheres pobres sofrendo um excesso de intervenções no momento do parto, um excesso de danos a sua condição de protagonistas desse parto”

Esse trabalho realizado em Belo Horizonte, entre vários programas de Saúde da Mulher, foi realizado a partir da perspectiva do empoderamento e do protagonismo da mulher no parto e no nascimento, exercendo sua plena potência e capacidade de parir, de dar à luz uma criança, de integrar-se com esse bebê e com a família.

A história do parto no Brasil vai além disso, deslocando o protagonismo da mulher, deslocando o protagonismo social e familiar e colocando o parto como um ato médico, cirúrgico, com intervenções e feito no hospital. É aí que eu vou chegar no *link* com a questão do sequestro de bebês, que é como colocamos em Belo Horizonte, ou das Mães Órfãs, que é outra denominação que agregamos com a entrada do movimento da saúde mental.

Inicialmente, em 2014, fizemos uma visita de atuação às maternidades para desenvolver boas práticas no parto e no nascimento, incentivando o protagonismo da mulher e o recuo nas práticas que causam mal a ela e ao bebê, como a utilização de técnicas invasivas, o controle de seu corpo, o tempo do parto, a aceleração do parto mediante a administração de ocitocina, o corte da vagina para “facilitar” a saída do bebê, o ato de empurrar o bebê ou o de deixar a mulher deitada em posição ginecológica – o maior símbolo da alienação da mulher em processo do parto. Discutimos criticamente todas as intervenções, falamos do acompanhante, da doula, da enfermeira obstétrica, etc. Em uma dessas visitas, nós nos deparamos com a queixa de que as maternidades estavam lotadas,

“Nós nos deparamos com a queixa de que as maternidades estavam lotadas, entretanto, também encontramos bebês saudáveis internados em UTIs neonatais”

entretanto, também encontramos bebês saudáveis internados em UTIs neonatais. Realmente vimos bebês internados, separados de suas mães e de seus familiares por ordem judicial, algo que antes acontecia esporadicamente, mas que, naquele ano, estava acontecendo de forma sistemática.

Foi então que nós conhecemos as recomendações no 05 e 06 de 2014, da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte, orientando desde o pré-natal até a denúncia de mulheres usuárias de drogas ou com sofrimento mental ou “de risco”. Na maternidade, também havia a orientação para que essas instâncias da Saúde, fosse na atenção básica, fosse na maternidade, comunicassem à Vara da Infância e da Juventude que existiam mulheres nessa condição para que, a partir daí, a Vara desse aos casos os devidos encaminhamentos, protagonizando nessa lida ali na atenção, que seria atribuição do Executivo. Foi um momento de grande conflito, e nós rapidamente acionamos o Ministério da Saúde, Saúde da Criança, Saúde Mental e Saúde da Mulher, o que resultou em diversas visitas locais. Nesse manifesto¹, que nos ajudou muito, o Estado também nos auxiliou com a divisão dos direitos humanos e da saúde da mulher.

Nossa questão é a atuação da Saúde. Não entrarei em detalhes, mas gostaria de colocar algumas questões. Até 2017, nós conseguimos identificar no mínimo trezentas crianças com as quais isso aconteceu. Foi feita uma sistematização, mas não pela Atenção Primária, que se recusou a fazê-la, por considerar que a comunicação à Vara é uma delação, que essas mulheres já enfrentam muitas dificuldades e não deveriam ter de passar por aquilo. Já nas maternidades, em vez de um movimento coletivo, organizado e de resistência para denunciar essas mulheres, o que houve foi uma pressão e uma desagregação no ato do cuidado para uma resposta burocrática, intimidada, ameaçada, com a elaboração de relatórios para atender, em 48 horas, à recomendação feita pelo Judiciário.

Esses relatórios se comprovaram muito superficiais, simplistas, inconsequentes, pretensamente traduzindo em poucas palavras a vida e a história de uma mulher ou de uma família com todas as dificuldades que a pobreza, a discriminação racial e a discriminação de gênero poderiam

¹ Manifesto contra o abrigo compulsório. Disponível em: <<https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/manifeto-contra-o-abrigo-compulsorio-assinado-por-diversas-entidades.doc>>.

“Esses relatórios se comprovaram muito superficiais, simplistas, inconsequentes, pretensamente traduzindo em poucas palavras a vida e a história de uma mulher ou de uma família”

demonstrar com o cuidado devido, se realmente houvesse tempo e qualidade na elaboração desses relatórios.

Até hoje eu não vejo – e questiono muito as pessoas do Direito sobre isso – a autoridade que existe em um relatório médico, em um relatório da neonatologia, em um relatório da obstetrícia, para dar alta ou reter uma mulher ou um bebê na maternidade. De onde vem isso? Que autoridade um hospital tem para reter uma mulher como se fosse uma prisão, ou para dar alta à mãe e reter seu bebê, separando os dois?

Nós procuramos trabalhar essas questões entendendo que a alta médica é uma alta clínica, por isso, se uma mulher ou um bebê estão em boas condições clínicas, a missão da maternidade, de cuidar de uma mulher no trabalho de parto e no nascimento de um bebê, já se cumpriu. Se uma mulher busca um hospital como ponto de atenção na rede integral de cuidado onde ela vai procurar assistência ao parto, e essa é a missão do hospital, a missão está cumprida. Quanto às outras dimensões da vida dessa mulher, sua história anterior e sua história futura, a maternidade não tem – nem pode assumir – nenhum compromisso em relação a isso, porque mal conhece essa mulher.

Desde 2014, a descoberta dessas recomendações e a atuação junto às maternidades se deram no sentido de trazer a responsabilidade da maternidade enquanto coletivo, enquanto equi-

“O território que conhece essa mulher, que deveria conhecê-la e que lidar com a abordagem mais integral e ampla em sua vida e com a intersectorialidade necessária, nos arranjos necessários de cidadania, moradia, trabalho, renda, direitos humanos”

pamento, enquanto instituição, que tem como seu maior responsável o diretor clínico, definindo como uma ocorrência grave a retenção de uma mulher ou de um bebê por questões que estão além da assistência ao parto e ao nascimento.

Nós compreendemos que o território que conhece essa mulher, que deveria conhecê-la e que lidar com a abordagem mais integral e ampla em sua vida e com a intersectorialidade necessária, nos arranjos necessários de cidadania, moradia, trabalho, renda, direitos humanos – é esse arranjo no território que deveria se organizar e se articular de forma a lidar com o passado e o futuro dessa mulher, dessa família e desse bebê.

Está posta, então, a situação de grande arbitrariedade de anulação dessa mulher, sujeita de sua própria vida, sujeita enquanto mãe desse bebê. Quando recebe alta, essa mulher é excluída, apagada, torna-se invisível, porque o que interessa ali é o bebê, e o bebê é retido, ou seja lá o nome que quiserem dar para essa situação de grande violação dos direitos humanos, porque, sem qualquer comprovação de dolo, a esse bebê é negado o direito de permanecer com a mãe. A mãe é abandonada; essa mulher não existe mais, ninguém cuida dela. Eu estou falando de forma geral porque isso é recorrente, então acho que podemos generalizar. Esse bebê, que é saudável, fica dentro de uma UTI, preso em um hospital, enquanto, na realidade, deveria ter alta, ser cuidado. Talvez nem precisasse ter nascido em um hospital.

“A mãe é abandonada; essa mulher não existe mais, ninguém cuida dela”

Isso tudo está sendo questionado, pois, quando a medicina desloca o parto e o nascimento para dentro da maternidade, são impostos riscos adicionais a esses bebês com técnicas obsoletas e ultrapassadas. Separa-se a mãe do bebê, leva-se para incubadora, depois para o berço aquecido; mãe e bebê não permanecem juntos, não vivenciam juntos a primeira hora sensível. A autoridade médica interfere na relação mãe/bebê tentando impor técnicas que hoje são consideradas más práticas, pois consideramos necessário para o estabelecimento de vínculo o afeto, as trocas, o aleitamento, os cheiros, as escutas, o calor do corpo da mãe.

Esse ainda é um grande desafio no Brasil. Pesquisas conduzidas em todo o país informam as decorrências dessa interferência na relação mãe/bebê, que é prejudicial para ambos. Há toda essa questão de parto, do nascimento e das violações obstétricas, que eu tendo a considerar uma dimensão dessa separação mãe/bebê, que é feita como ação de prevenção do dolo. Mesmo que não haja nenhuma comprovação de que no presente essa mulher se encaixe no perfil das recomendações da Promotoria, se no prontuário médico dela houver algum indício de que no passado ela se enquadrasse nesse perfil, esse prontuário será atualizado no momento do parto e ela será acusada sem nenhuma prova.

“Ela é vulnerabilizada, porque é vítima dessa situação de exclusão, que é perpetuada sem o investimento adequado à rede de proteção social”

Estamos vivendo um momento de grande arbitrariedade, de julgamento e condenação sumária dessas mulheres, dessas famílias. Tem sido frequente que nem mesmo a família extensa seja trazida para uma avaliação mais adequada. Em geral, o bebê é levado para abrigos financiados – recebem três mil reais por bebê abrigado – e a mãe é condenada por ser pobre. Essa mulher é abandonada e sua família é deixada sem investimento mínimo para que possa desenvolver ou construir um novo futuro. Ela é vulnerabilizada, porque é vítima dessa situação de exclusão, que é perpetuada sem o investimento adequado à rede de proteção social.

Temos tratado essa questão como mais uma forma de violência, como outra faceta da violência obstétrica em um momento de grande vulnerabilidade da mulher, que é praticamente obrigada a parir em um hospital, sendo sujeita a um possível aprisionamento, a uma cilada, a uma armadilha, armadilha essa que possibilita que essa arbitrariedade ocorra dentro do hospital e que haja uma pretensa defesa do bebê para que ele seja afastado dessa família, que é considerada inadequada, incompetente, uma família de risco em que não há amor. Há, portanto, um julgamento do amor, e nós sempre nos perguntamos isso: o que é o amor? Como é que se mede o amor? Pelos bens? Pelas condições de vida? Pela situação econômica?

A dimensão da equidade também é uma função da Saúde: onde existe maior demanda, deve-se destinar maior esforço, e não definir ou julgar e condenar essa mulher por sua situação de exclusão. Deveríamos, ao contrário, assumir a maior necessidade de energia, de articulação e de trabalho para que haja a possibilidade de um futuro melhor para essa mulher e para esse bebê, sem excluir a visão de que ele precisa da mãe.

“A dimensão da equidade também é uma função da Saúde: onde existe maior demanda, deve-se destinar maior esforço, e não definir ou julgar e condenar essa mulher por sua situação de exclusão”

É importante também pontuar as responsabilidades dos territórios, do hospital. A responsabilidade não é só da Assistência Social, não é só da Psicologia, não é só de quem faz o relatório do serviço para dar alta social enquanto a alta clínica já foi feita. Essa é uma visão geral da boa clínica que se faz em uma entidade, em uma instituição, que é o hospital. Todos ali têm responsabilidade compartilhada se o bebê está retido, se está em uma UTI e se a mãe foi mandada embora.

Esse movimento que construímos em BH é um *blog* que se chama “De quem é esse bebê?”. Ele reúne todo o material, tem todo o registro das reportagens (impresas e em vídeo) desde 2016, quando se acirrou o conflito na capital mineira porque houve ingerência ou uma negociação do Executivo com o Judiciário, com uma série de arbitrariedades, até mesmo a perseguição de profissionais que atuavam e que ainda atuam em prol dessa discussão, colocando a mulher e o bebê no centro do cuidado e dos direitos. Até hoje vivemos o desafio de trabalhar conjuntamente nesse movimento, evitando ou protegendo as pessoas que vocalizam por essas mulheres e esses bebês. É um movimento ampliado que tem várias entidades de Direitos Humanos, da Saúde, da Saúde Mental, da Saúde da Mulher, ativistas da rede, movimentos sociais, psicólogos do Conselho Regional de Psicologia, ou seja, é uma série de entidades que estão juntas.

“A perseguição ou a ação de proteção à criança só acontece no caso das mulheres pobres, nas maternidades do SUS”

A violência contra a mulher e contra a criança e o uso de drogas acontecem de forma generalizada na sociedade, mas a perseguição ou a ação de proteção à criança só acontece no caso das mulheres pobres, nas maternidades do SUS. As ações do Judiciário foram dirigidas especificamente a essa parcela da população, que é a maior de todas, a que mais demanda, a que mais precisa da nossa atuação no campo dos direitos humanos e no da saúde.

Criamos o *blog* com o intuito de sensibilizar a população sobre o direito à maternidade, para que a sociedade conseguisse enxergar essa arbitrariedade, esse abuso de autoridade do Judiciário e da medicina em nome da ciência.

Jessé de Souza diz que a maior concentração de poder e legitimação de poder no mundo hoje, além do capitalismo, é a ciência. Nós transformamos a ciência e a usamos para perpetuar as desigualdades e o abuso de poder dirigidos à parcela da população que mais precisa ou que tem menos capacidade de mobilização e poder de mudança.

Fizemos esse vídeo² com a intenção de captar o interesse das pessoas para essa defesa, porque, muitas vezes, o que escutamos e sabemos ser do senso comum é que esses bebês realmente precisam desse tipo de atuação, precisam sair desses lugares, precisam ser adotados porque suas mães não têm condição; essas famílias pobres e usuárias de droga não têm condição de cuidar deles. Essas pessoas acham mais simples, mais fácil separar essas famílias do que investir nelas. 🌱

Referências

- MINAS GERAIS. Ministério Público de Minas Gerais. 23a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. **Recomendação no 05/2014**. Belo Horizonte, 2014.
- MINAS GERAIS. Ministério Público de Minas Gerais. 23a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. **Recomendação no 06/2014**. Belo Horizonte, 2014.
- SOUZA, Jessé. **A elite do atraso: da escravidão à lava jato**, São Paulo: Leya, 2017. 242p.

2 Vídeo apresentado no dia do evento Exercício da Maternidade e Proteção Social, do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ntiCn6ZUQrU&t=4432s>>.

Advogada. Bacharela em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com experiência na área de promoção e proteção aos direitos humanos. Representante da Clínica de Direitos Humanos da UFMG.

A Clínica de Direitos Humanos da UFMG é um programa de extensão que trabalha dentro da Divisão de Assistência Judiciária da Faculdade de Direito. Então, a Divisão de Assistência Judiciária é uma espécie de escritório onde se recebem vários casos da parcela da população que não tem condição de pagar por um advogado. Os casos judicializados são acompanhados por advogados voluntários e por estagiários. A Clínica trabalha com os casos que chegam via Direção Geral da Administração da Justiça (DGAJ), que são judicializados, dando a eles um acompanhamento e um tratamento especializado em direitos humanos.

Começamos a atuação em um caso que chamamos de “Mães Órfãs”, em 2016, quando fomos chamados para atuar em um processo da Vara Infração em que havia a preocupação com o risco de a adolescente, que estava acautelada, ser separada de sua filha. Ela já havia sido separada de outro filho e agora estava grávida novamente, quase no final da gravidez. Então, a Clínica começou a fazer um estudo, que gerou um relatório. Esse relatório incentivou a manutenção dos vínculos para que a separação dessa mãe e desse bebê fosse evitada. Nesse caso, que foi bem-sucedido, a criança continuou com a mãe e, a partir dele, tomamos conhecimento de outros casos de separação de mães e bebês.

“Esse relatório incentivou a manutenção dos vínculos para que a separação dessa mãe e desse bebê fosse evitada”

Em 2017, foi editada a Portaria 03 da Vara Cível da Infância e da Juventude, que era uma normativa que praticamente repetia o conteúdo das recomendações 05 e 06 da Promotoria, de 2014, agora via Vara da Infância, via juiz titular, e que determinava que os profissionais de saúde, da atenção à saúde e da Assistência Social deveriam comunicar à Vara, em até 48 horas, casos de risco, incluindo o uso de drogas e a trajetória de rua.

O processo dessa Portaria ocorreu devido à resistência e à falta de comprometimento da rede de saúde e de Assistência Social de Belo Horizonte com a defesa dos direitos humanos, por não cumprir as recomendações em 2014. Com isso, a Promotoria entrou com uma ação civil pública (ACP) contra o município para obrigá-lo a cumprir essas determinações, mas não teve êxito.

Em 2015, a partir de decisão do Tribunal de Justiça (TJ) de Minas Gerais, foi indeferido o pedido do Ministério Público, alegando que a rede de saúde e Assistência Social de Belo Horizonte estava bem articulada, tinha um trabalho de qualidade e que não cabia ao Judiciário interferir no trabalho do Executivo. Apesar da decisão do TJ em 2015, a Vara Cível da Infância instaurou, no ano seguinte, Portaria contrária à decisão do TJ, oficializando o posicionamento inicial do Ministério Público.

Dessa forma, em 2016, a Clínica de Direitos Humanos da UFMG começou a atuar com a Portaria e a ter contato com a rede e todos os outros profissionais da saúde, da assistência, do direito e dos movimentos sociais que estavam envolvidos no combate ao discurso de que mães e bebês deveriam ser separados.

“Esse relatório traz informações da vida pregressa da mãe, com conclusões sobre a capacidade dessa mulher de estar com seu bebê, baseadas em trajetória de rua, uso de drogas, violência doméstica ou o local onde a mãe e a família viviam”

Geralmente, como apontou a Sônia Lansky, a maternidade envia um relatório para a Vara Cível da Infância, incentivada pela Portaria. Esse relatório traz informações da vida pregressa da mãe, com conclusões sobre a capacidade dessa mulher de estar com seu bebê, baseadas em trajetória de rua, uso de drogas, violência doméstica ou o local onde a mãe e a família viviam. Se o bebê ainda não nasceu, não existe nesse relatório nenhuma informação sobre a relação entre ele e a mãe. Com base nesse relatório, a Vara da Infância inicia um procedimento de medida de proteção – procedimento superproblemático, a meu ver, porque não é tratado como um processo judicial, que deveria ter garantia da ampla defesa do contraditório. Esse procedimento pode trazer um grande prejuízo para as partes, mas é entendido como um procedimento de natureza diversa.

A medida de proteção é geralmente iniciada de ofício, ou seja, com base no relatório das maternidades, o juiz ou juíza dão a medida de acolhimento em caráter liminar, sem intimação das partes, sem citação dos genitores e da família extensa. Assim, é aplicada a medida protetiva.

No Artigo no 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), constam várias medidas de proteção que podem ser aplicadas a famílias em situação de vulnerabilidade. O ECA enfatiza, em diversos trechos, que a medida de acolhimento

“O ECA enfatiza, em diversos trechos, que a medida de acolhimento institucional é exceção, que o afastamento entre a criança e a família é excepcional, que nós devemos adotar outras medidas antes”

institucional é exceção, que o afastamento entre a criança e a família é excepcional, que nós devemos adotar outras medidas antes. No entanto, nesses procedimentos, a primeira medida a ser adotada é o acolhimento institucional em caráter liminar, e nenhum membro da família natural nem da extensa é intimado quanto a essa decisão. A criança é acolhida preventivamente.

É tomada, então, uma série de decisões que vão nessa linha e que não são publicadas – nenhuma das decisões da Vara Cível da Infância é. Por exemplo, se um advogado particular atuar nos casos, terá muita dificuldade para acompanhar, pois, para isso, é preciso se deslocar até a Vara, já que a qualquer momento pode sair uma decisão muito prejudicial. Então, considerando que não se sabe quando as decisões serão tomadas, de quando começa a contar o prazo? Por causa dessa situação, uma série de processos visando a medida de proteção e acolhimento institucional corre sem defesa, sem advogado, sem defensor público para as famílias até o final.

Essa foi uma tecla em que batemos e em que a Defensoria Pública da Infância de BH também tem insistido: que a Vara sempre comunique à Defensoria, para que os casos sejam sempre encaminhados à Defensoria ou seja designado um defensor para as famílias não ficarem sem defesa.

Algum tempo depois da medida de acolhimento, geralmente, vem um relatório dos abrigos, que costuma orientar o processo. Esses abrigos, como já dissemos, são instituições de acolhimento que recebem um valor mensal elevado por criança acolhida. E são essas instituições, geralmente administradas por organizações religiosas da sociedade civil, que fazem o relatório e dão a instrução para o processo, que falam sobre a capacidade da família de estar com a criança.

Também existem relatórios repletos de conclusões sobre a capacidade da família de cuidar da criança, e não somente sobre a mãe. As famílias extensas são ou criticadas ou ignoradas no processo, porque não têm condições materiais de cuidar da criança. Então, os avós, os tios, toda uma rede que muitas vezes deseja cuidar daquela criança não são considerados. As instituições de acolhimento fazem os relatórios alegando coisas como “Não, a família não está em condições” e recomendando que a criança continue em acolhimento, que seja encaminhada para uma família substituta.

O que temos visto é que as decisões judiciais e os pareceres do Ministério Público são semelhantes, que o conteúdo desses documentos é muito parecido com o dos relatórios. Após a elaboração do relatório pelo abrigo, geralmente, é tomada a decisão de suspender as visitas da família às crianças. Isso sem falar na dificuldade que, muitas vezes, as famílias encontram pelo fato de o abrigo ser distante, por terem de pagar passagem, por causa do horário de visitação – muitos abrigos restringem o horário: a mãe só pode amamentar o bebê uma ou duas vezes por semana, durante uma ou duas horas. Assim, além dessas dificuldades, a decisão de suspensão das visitas não é publicada, tornando a situação muito mais grave e desesperadora.

“De acordo com o ECA, devemos ter um rol de prioridade: a família natural, a família extensa e, depois, a família substituta. Mas, geralmente, o caminho tem sido levar a criança diretamente para a família substituta”

Depois da suspensão das visitas, é feito o encaminhamento da criança para a família substituta. Isso ocorre no mesmo formato: sem publicação, sem intimação das partes, nem da família extensa, pelo menos, em todos os casos que eu vi até hoje.

De acordo com o ECA, devemos ter um rol de prioridade: a família natural, a família extensa e, depois, a família substituta. Mas, geralmente, o caminho tem sido levar a criança diretamente para a família substituta. Depois dessa decisão, costumamos receber o relatório do abrigo ou dos profissionais da Vara, dos técnicos da Vara de Psicologia e de Assistência Social dizendo que a família natural ou a extensa realmente não têm condições de reatar o vínculo. Com base nisso, o Ministério Público propõe uma ação de destituição do poder familiar. Tal ação, muitas vezes, é proposta apenas no final do processo, quando a criança já está com a família substituta. Isso quer dizer que, até então, a mãe tinha o poder familiar sobre a criança. Ou, então, no meio do procedimento da medida de proteção, é proposta a ação de destituição do poder familiar; aí o poder

familiar é rapidamente suspenso para, no final da ação, ser destituído. E, nesse meio-tempo, a criança já está formando vínculo com a nova família. É uma coisa muito complicada.


A partir dessa colocação sobre como ocorrem os processos, gostaria de comentar a oposição que se faz entre o direito da criança e o direito da mãe. Nós ouvimos coisas do tipo “Não, nós estamos sendo legalistas” ou “Nós estamos protegendo os direitos” ou “Vocês, dos Direitos Humanos...”. Mas somos nós, dos Direitos Humanos, que estamos sendo legalistas, porque o direito da criança e o direito da mãe não se opõem. O ECA fala do direito à convivência familiar e o tempo inteiro, e o direito à convivência familiar é um direito da criança e da mãe.

“Nós não temos nenhuma garantia de que a família substituta será melhor que a família natural, nenhuma garantia de que a família rica ou de classe média não vai maltratar, não vai fazer nada contra a criança”

O ECA legisla sobre a primazia da família natural e reforça os laços com a família natural, porque esse laço é muito importante. Nós não temos nenhuma garantia de que a família substituta será melhor que a família natural, nenhuma garantia de que a família rica ou de classe média não vai maltratar, não vai fazer nada contra a criança. Acaba sendo um exercício de futurologia, isto é, de que, no futuro, a mãe, a família natural ou a família extensa causarão dano àquela criança. Isso é uma presunção feita com base na vida pregressa da mulher, sem nenhum ato da mãe contra aquele bebê. É claro que existem exceções, mas, na grande maioria dos casos, o bebê é tirado da maternidade. A mãe não faz nada contra aquele bebê, nem tenta fazer.

Dentre as várias ilegalidades que vemos nos processos está a retenção na maternidade. A liberdade ambulatorial da criança é restrita, porque ela não teve alta social, mas está em condições clínicas de ter essa alta e, em teoria, o poder familiar está com a mãe e com o pai, então, o hospital não deveria ter poder sobre a criança.

*“A mãe não faz nada contra
aquele bebê, nem tenta fazer”*

Nesses casos, é necessária uma atuação muito rápida, com uma rede bem-estruturada, além de advogados à disposição para que, antes que a criança seja encaminhada para um abrigo, consiga ser tirada da maternidade. A discussão sobre a autoridade do hospital para fazer essa retenção precisa ser aprofundada. 

Referências

BRASIL. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

MINAS GERAIS. Ministério Público de Minas Gerais. 23a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. **Recomendação no 05/2014**. Belo Horizonte, 2014.

MINAS GERAIS. Ministério Público de Minas Gerais. 23a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. **Recomendação no 06/2014**. Belo Horizonte, 2014.

MINAS GERAIS. Vara Cível da Infância e Juventude Comarca de Belo Horizonte. **Minuta de Portaria – Processo de Medidas de Proteção**. Estabelece a suspensão dos efeitos da Portaria no 03/VCI-JBH/2016. Belo Horizonte, 2017.

Coordenadora técnica do Projeto de Extensão e Pesquisa Social Aplicada (PADHu) – Plataforma de Atenção Integral a Mulheres Vulnerabilizadas Vivenciando a Maternagem, do Programa Polos de Cidadania, da Faculdade de Direito da UFMG. Bacharela em Direito pela UFMG. Bacharela em Letras pela UFMG. Mestra em Direito Constitucional pela UFMG.

O Programa Polos de Cidadania entra no contexto dos profissionais da rede de atenção e cuidado, dos técnicos que estão lá atuando e sofrendo, de pessoas da militância, dos movimentos sociais de luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos direitos humanos que entraram nessas discussões, nesses debates, nesses movimentos.

Inicialmente, foi constituído um grupo chamado de Grupo de Trabalho Mães Órfãs, que era composto das pessoas que estavam trazendo suas aflições, suas inquietações. Nós começamos a acompanhar os relatos e a estabelecer uma série de ações, de encaminhamentos. Esse foi um grupo muito potente na sua movimentação, um grupo corajoso. Então, começamos a preparar ações e “sacudir” todos os espaços que tivemos possibilidade de acionar. Convocamos os Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), o Conselho Regional de Medicina (CRM), as maternidades, convocamos todos os que pudemos para esse diálogo.

A questão dos direitos humanos é sempre um ponto de partida para quem se preocupa com o presente e com o futuro do nosso país.

A questão das mães e das retiradas de bebês tem sido nosso foco e, felizmente, entrou na

“A questão dos direitos humanos é sempre um ponto de partida para quem se preocupa com o presente e com o futuro do nosso país”

“Tudo acontecia muito rápido, e o tempo da Justiça não respeita o tempo das pessoas”

agenda dos movimentos sociais. Eu participei de um encontro em Belo Horizonte, na Regional Pamulha da Prefeitura, que achei muito interessante. Lá, existe um projeto chamado Conexões Suas, composto de profissionais da rede do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que está realizando uma série de encontros e debatendo, reunindo as regionais para que tragam suas experiências, seus estudos de casos e para pensarem ações, o que vai culminar em um seminário.

O Polos é um programa transdisciplinar de extensão e pesquisa social aplicada da UFMG. Depois que as discussões começaram, houve um momento em que nós nos vimos completamente perplexos e revoltados com as situações expostas.

A cada reunião traziam relatos do tipo: “Gene, está acontecendo mais essa, e essa mãe está perdendo esse bebê. Essa mãe nós estamos tentando.”. E as pessoas do grupo tentavam acompanhar as mães e ajudá-las, mas tudo acontecia muito rápido, e o tempo da Justiça não respeita o tempo das pessoas, nem os processos das mães e famílias. Então, chegou um momento em que o coordenador do Polos se reuniu conosco e, juntos, criamos a Plataforma de Atenção Integral aos Direitos Humanos (PADHu), que tem como foco as mães e famílias em condições históricas de desigualdade e vulnerabilidade social e que estão vivenciando a maternagem.

A PADHu é uma plataforma aberta de projetos, e o primeiro vai ser o Tessitura. A palavra *tessitura* refere-se a uma trama de fios que vão se encontrando e se entrecruzando e, nesse caminho, formam uma rede. A ideia desse entrecruzamento de atores da rede é buscar soluções para os casos.

Em 2017, a PADHu foi criada com a finalidade de colaborar para a efetivação dos direitos. Pode hospedar vários projetos e seu objetivo é colaborar para a efetivação dos direitos de mulheres e famílias em condições históricas e diversas de vulnerabilização social que estão vivenciando a maternagem. E como é que elas se organizam? Por meio de projetos transdisciplinares de extensão, ensino e pesquisa social aplicada. Na PADHu cabem muitos projetos, incluindo os de enfermagem, de saúde e de direito.

Mas o que o Tessitura vai tentar fazer? Vai tentar entrar nesse espaço, que é de grande vulnerabilidade, com dois objetivos básicos: 1) fortalecer as narrativas e os lugares de fala das mulheres e famílias nas condições já descritas; afinal, como é que a própria mãe pode ser desconsiderada em um processo que envolve a situação de maternagem ou de maternidade? 2) fortalecer as redes de cuidado e atenção voltadas para essas mulheres.

“Quando essa mulher começa a circular pela rede e a tentar buscar respostas, caminhos, encaminhamentos, tem pontos em que a coisa não anda, parece que dá realmente um curto-circuito”

E de que forma pensamos em realizar esse trabalho? Um primeiro passo seria identificar as dificuldades encontradas por essas mães e famílias, bem como os vínculos que elas estabelecem ou estabeleceram com as redes de cuidado e de atenção. Márcia Parisi, que é nossa amiga e médica colaboradora, falou dos “curtos-circuitos” que existem na rede. Essa fala dela foi importantíssima para percebermos que, quando essa mulher começa a circular pela rede e a tentar buscar respostas, caminhos, encaminhamentos, tem pontos em que a coisa não anda, parece que dá realmente um curto-circuito.

O primeiro momento consistiria em identificar as dificuldades encontradas por ela e pelas famílias, assim como os vínculos que conseguem estabelecer com a rede. O segundo seria construir coletivamente alternativas para a efetivação dos direitos dessas mulheres e famílias. O fio condutor teórico do nosso trabalho está fundado na ética do cuidado, que traz uma perspectiva não contraposta, mas complementar à ética da justiça. Então, nosso esforço tem sido não só articular essas redes de atenção e cuidado, mas também acionar e articular com a rede do sistema de justiça. Isso tem sido um grande desafio, mas temos conseguido uma parceria importante. A Clínica de Direitos Humanos, por exemplo, é uma grande parceira, assim como a Defensoria da Infância de Belo Horizonte. Os estagiários do Tessitura começaram, na própria Defensoria, um trabalho de atendimento às mães que os defensores identificaram como estando em situação de risco.

“Nosso esforço tem sido não só articular essas redes de atenção e cuidado, mas também acionar e articular com a rede do sistema de justiça”

O Tessitura é um estágio curricular supervisionado que começou com doze estagiários da Psicologia, todos completamente envolvidos e interessados – era impressionante. Depois, passou a ter vinte estagiários, passou para trinta e vai contar com quarenta e quatro no semestre que vem. Então, a perspectiva metodológica desse trabalho se inicia no plantão psicológico, uma criação brasileira e originada na Universidade de São Paulo (USP), oferecido pelas equipes. O plantão implica colocar-se à disposição do outro, isto é, as(os) psicólogas(os) ficam à disposição dessa mulher. Atualmente, estamos acompanhando nove mulheres e há mais duas na fila de espera, sendo a maioria delas encaminhada pela própria rede.

Quando começamos a acompanhar a primeira mãe, foi um caso de urgência, pois ela já tinha um filho abrigado e estava prestes a perder o segundo, então agilizamos o processo para atendê-la. A metodologia do plantão psicológico foi construída nesse sentido e supõe a disponibilidade da equipe para essa mãe. Os horários são estabelecidos por ela, de acordo com sua

demanda, e, mesmo que essa mulher não nos procure, devemos deixar claro que esse atendimento estará à sua disposição. O protagonismo do cuidado é da mãe e será ela quem nos dirá qual é a sua necessidade.

Dentro da ética do cuidado, é exatamente isso; esse olhar e essa disponibilidade de atenção ao outro, de estar preocupado, envolvido, implicado com o outro. É essa ética que orienta todo o trabalho. Noto que os estagiários estão realmente imbuídos disso, estão vivendo isso. Sinto, até com base na experiência que tive com o Conexões Suas, que a sensação que os estagiários têm ao perceber a implicação do trabalho deles na vida do sujeito, de certa forma, dá maior sentido ao que eles fazem.

Recebemos o caso de uma mãe que teve as visitas e o contato dificultados pela família que estava acolhendo a criança, se apropriando dela. Conseguimos suspender esse processo, mas, em geral, os caminhos que aparecem são bastante difíceis e tensionados. Contudo, o processo tem mostrado muita potência e vitalidade.

“O modelo de plantão psicológico é um novo modelo clínico de psicologia que ultrapassa o consultório para chegar à comunidade”

O modelo de plantão psicológico é um novo modelo clínico de psicologia que ultrapassa o consultório para chegar à comunidade. A ideia é o profissional estar à disposição da mulher e de sua família. Além disso, deve ser feito o contato com profissionais da rede. Quando essa mulher precisa ir ao posto de saúde, ao Conselho Tutelar, ao abrigo, o estagiário vai com ela, fica à disposição da família dela – e também à disposição dos profissionais da rede, porque o segundo momento do nosso trabalho é ir até a rede. E nas situações em que um confronto é esperado, o coordenador também participa do acompanhamento.

O contato com a rede é fundamental. Às vezes, temos a sensação de que a rede está pronta para nos expulsar, mas, geralmente, está precisando de outros parceiros. Em um encontro com profissionais do SUAS, eles relataram que a percepção que têm é de que “jogam toda responsa-

bilidade sobre nós e temos que dar conta de um problema que é muito maior do que nossa capacidade”, entendendo que o problema, na verdade, é a desigualdade social.

“O contato com a rede é fundamental. Às vezes, temos a sensação de que a rede está pronta para nos expulsar, mas, geralmente, está precisando de outros parceiros”

Esses técnicos sentem solidão e, muitas vezes, impotência diante da estrutura institucional. Então, quando você vai ao encontro deles na rede, quando eles estão, muitas vezes, prontos para entrar no embate com você e sentem que você está junto para fortalecer a rede, que vocês têm objetivos comuns e você quer levar uma contribuição para a situação mudar, isso impacta no trabalho dele, no resultado do trabalho deles, tem um efeito interessante.

No caso da primeira mãe do Tessitura, conseguimos que o bebê ficasse com a irmã dela. Ele não foi levado para adoção, felizmente; ficou no abrigo muitos meses, até um ano de idade, em uma situação horrível e totalmente arbitrária, porque foi tirado de casa sem nenhuma necessidade. A juíza, na audiência, disse a ela: “Olha, se acontecer alguma coisa com alguns dos seus filhos, eu vou tirar todos eles de você.”. E já tiraram o primeiro, o que foi devastador para ela. O sentido do nosso trabalho é tentar dar a essa mulher o suporte necessário para que ela consiga se reestruturar, mas o dano causado pela retirada do primeiro filho é muito grande. Então, estamos lidando com uma redução de danos emocionais e psíquicos que é implacável. Além disso, a Justiça faz diversas exigências: a mãe tem que frequentar isso, tem que fazer aquilo e tem que provar que é mãe, que é capaz de ser mãe.

Ainda com relação ao plantão psicológico, outra questão é que a atenção é dada ao sujeito, e não ao “problema” dele. É a relação com ele que é importante, assim como o processo de construção desse vínculo com ele. O objetivo, nesse primeiro momento, é facilitar, receber esse sujeito, acolhê-lo para que ele se posicione diante de sua questão.

A segunda estratégia metodológica é o acompanhamento terapêutico, que é uma atuação clínica que também implica estar disposto a intervir no ambiente do indivíduo, e não apenas no consultório. A ideia é ir até onde a pessoa está, onde estão sendo oferecidos os reforçadores necessários para a aprendizagem de novas habilidades dessa mulher, arranjando contingência de reforço. No acompanhamento terapêutico, você não tem como prever o que vai acontecer; você vai até lá e é a situação vivida pelo sujeito que vai te trazer o que vai ser demandado e o que vai ser possibilitado.

“No acompanhamento terapêutico, você não tem como prever o que vai acontecer; você vai até lá e é a situação vivida pelo sujeito que vai te trazer o que vai ser demandado e o que vai ser possibilitado”

O acompanhamento terapêutico é, portanto, uma modalidade de atuação que também requer essa capacidade de estar junto, de estabelecer vínculo, de ter comprometimento e diálogo. Ele supõe, assim, a capacidade desse sujeito de produzir e manter vínculos sociais, de participar ativamente em sua qualidade de vida. As atividades do acompanhamento terapêutico se sustentam em um tripé: o atendimento fora do consultório, o diálogo com a família e o trabalho em equipe.

Os problemas de saúde, que muitas vezes são de saúde mental, acabam por afetar sua capacidade de continuar no trabalho, no estudo, de manter uma estrutura familiar, de cuidar de si mesmo. No caso dessa mãe, que atualmente tem três filhos, sem estrutura, sem apoio familiar, com todas as questões psicológicas e emocionais, o que pode ser oferecido pela rede e o que pode ser oferecido a ela junto à rede, por nós, para que esse processo seja facilitado, para que ela consiga dar conta, pode ser o acompanhamento terapêutico.

A terceira estratégia metodológica é a mediação de conflitos. E que conflitos são esses? Os conflitos na própria rede. Por vezes, o conflito chega à área de Saúde, mas não segue

em frente, ou chega à Assistência Social e não é repassado para a Saúde. O conflito intrafamiliar, que é o que mais acontece no caso dessas mães, geralmente já está instalado e se complexifica ao longo do tempo. A proposta é trabalhar com todos os atores e caminhar dentro do conflito, porque a família também precisa ser acompanhada.

No caso dessa mãe, sua filha mais velha está passando por um acompanhamento psicológico. As equipes estão fazendo visitas à escola da criança para saber como está seu relacionamento com os colegas – tudo isso tem que ser acompanhado.

Com o crescimento da equipe, teremos quatro técnicos para cada mãe, o que já vai ser um acréscimo fantástico, mas, certamente, virão outras mães e vamos caminhar dentro disso.

Em meio a todo o trabalho desenvolvido, há, também, uma tentativa de inseri-las em atividades produtivas para que possam ter sua autonomia financeira e gerar renda, o que produz um efeito fantástico em sua autoestima.

Com relação à mediação de conflitos, o importante não é atuar na função de mediador, mas fortalecer uma cultura de mediação, ou seja, manter contato com a rede para que ela possa funcionar como deveria. No caso dessa mãe, toda a rede se reuniu: havia profissionais do CRAS, do CREAS e da UBS, além de pessoas que nunca haviam sentado para pensar em um caso. As redes com as quais fazemos articulação são as redes de saúde, de Assistência Social, do sistema de justiça, a convivência familiar e comunitária.

Atualmente, temos dois novos projetos em perspectiva: o Paternagens e o Circuitos. O primeiro vai atuar em uma perspectiva coletiva, direcionada aos pais que estão tentando acompanhar as mães e preservar seus filhos e/ou o vínculo com eles. O segundo supõe uma comunicação de redes, reais e virtuais, de formação e informação, sobre esse tema. Então, no Circuitos, serão realizadas capacitações para unidades de acolhimento, para conselheiros tutelares, além da produção e publicação de peças informativas sobre o assunto.

Quando eu estive no encontro do SUAS, falei de curto-circuito. A primeira coisa que nós identificamos como curto-circuito foi a questão do Conselho Tutelar, e todos eles sentiram da

mesma forma. Percebemos um conflito de identidade: o Conselho não sabe muito bem qual é o seu lugar e, por causa disso, escolhe se unir ao sistema da Justiça, por não estar claro que a função dos conselheiros é exatamente romper com a judicialização e dar atenção especial aos casos que não são de natureza judicial, mas de natureza socioeconômica, psicossocial. Assim, o Conselho Tutelar acaba atuando como mais um violador de direitos. Trabalhar com esse público, com a formação de conselheiros tutelares, é muito importante nessa perspectiva.

Nos projetos existentes, uma questão é o tempo de acompanhamento das mães, que será, na verdade, o tempo que a realidade de cada uma delas demandar. Por exemplo, tem o caso de uma mãe que se encontra em uma situação melhor, está com seu bebê, alugou um cômodo em uma área mais afastada em BH e não quer nosso acompanhamento. A proposta é respeitar isso, mas deixar claro que, na hora em que ela precisar, nós estaremos lá.

Nossa perspectiva também é a da saúde coletiva, ou seja, uma perspectiva da clínica ampliada, compartilhada e colaborativa, não um trabalho ambulatorial. Nós trabalhamos nessa lógica da equipe da saúde da família, ou seja, na referência por cuidado, auxiliados por uma ou mais equipes, no chamado apoio sociofamiliar. A matricialidade sociofamiliar, a família como o centro desse processo, não é objeto de medidas, mas o fio condutor desse processo. Nós trabalhamos também no sentido de propiciar a elaboração de planos terapêuticos singulares, que são uma experiência ainda pouco utilizada, pois eles não são muito trabalhados por causa de várias dificuldades da rede.

No decorrer do nosso trabalho, percebemos a complexidade dos conflitos, que as situações não estão desvinculadas umas das outras. Não é uma situação, a gestação em si, a situação da pobreza, o uso de drogas, enfim; é uma somatória de fatos e também das violações que

a mulher foi sofrendo ao longo da vida. Então, o que podemos fazer é identificar e conhecer essas violações que ela sofreu no decorrer de sua história para podermos nos aproximar e trabalhar com ela.

Considerando a complexidade dos casos, a plataforma deve hospedar projetos da Medicina, da Enfermagem, da Psicologia, etc. Outro ponto importante é o fortalecimento do que é público, da Defensoria Pública, do SUAS, do SUS. Nós, do Polos, temos a preocupação de jamais tentar substituir ou disputar com a rede o lugar dela. Queremos é fortalecê-la para que esteja cada vez mais bem preparada. 🙌

“Não é uma situação, a gestação em si, a situação da pobreza, o uso de drogas, enfim; é uma somatória de fatos e também das violações que a mulher foi sofrendo ao longo da vida”

O que é ser uma boa mãe? Quem é que define quem é essa boa mãe? Qual é o risco real para uma criança? Como é que definimos esse risco real? Quais são nossos instrumentos de poder para definir quem é uma boa mãe ou não, como é ou não essa boa mãe?

Por que o protocolo é o cuidado em separado, e não o cuidado em conjunto? Por que há tantas vagas a mais para crianças sozinhas e menos para o acolhimento da família, da mãe e da criança? Acho que essa é uma pergunta que temos ouvido nos nossos espaços de interlocução.

Uma pergunta que tem me encantado, por ter um espaço na mídia, que vem dando mais atenção a esse tópico, é a seguinte: qual é a peculiaridade da mãe usuária de drogas? E essa pergunta está incompleta. Na verdade, deveria ser: qual é a peculiaridade da mãe usuária de droga pobre, sem rede de proteção? Pois essa é sua peculiaridade: ela não tem amparo.

“Qual é a peculiaridade da mãe usuária de droga pobre, sem rede de proteção? Pois essa é sua peculiaridade: ela não tem amparo”

Existem mães com problemas - os mais variados – que, mesmo assim, exercem a maternidade. É depressão pós-parto, falta de apoio de um companheiro, questões de saúde mental, de dependência química de outras drogas que po-

dem estar junto nesse momento da maternidade. Mas qual é a proteção, qual é o amparo, qual é a rede que acolhe essa mulher? Na rua, a mulher está eminentemente sozinha; é uma mulher com dificuldade de produção de vínculo; é uma mulher a respeito da qual o Direito e o Estado já se manifestaram. A família é, muitas vezes, um lugar de violação, e não um lugar de proteção.

É preciso pensar em como nós seríamos abraçadas pelo nosso entorno e em como a realidade dessas mulheres se revela o oposto disso. É preciso lembrar como elas são rechaçadas por esse entorno, ou como são vistas enquanto mães com bebês – elas só são vistas enquanto aqueles bebês que ainda estão por vir. Uma das coisas que também aparece é essa constante colocação no outro, pois estamos falando de um problema de desigualdade social, de um contexto em que essas mulheres não escolheram estar na rua. Isso é violentamente usado contra a maioria das pessoas que está em situação de rua, por acreditarem que estão ali porque escolheram, que poderiam estar trabalhando. Mas trabalhando com o quê? A que preço?

“É preciso pensar em como nós seríamos abraçadas pelo nosso entorno e em como a realidade dessas mulheres se revela o oposto disso”

Que tipo de lógica estamos impondo às pessoas em situação de rua, em especial às

mulheres, que as mantém nesse ciclo? O que percebemos é que os trabalhos que são feitos para essas pessoas, de maneira nenhuma, quebram o ciclo de violência ou a dificuldade de se sustentar que elas encontram.

“Que tipo de lógica estamos impondo às pessoas em situação de rua, em especial às mulheres, que as mantém nesse ciclo?”

E o que será que nos une? O que será que poderíamos nos perguntar? Qual será que é a potencialidade de nós, enquanto mulheres, trabalharmos com aquilo que nos fortalece? Será que não deveríamos começar a reaver aquilo que foi tirado de nós, essas hierarquizações?

Dentro daquilo que nos foi tirado tem um aspecto que nos entristece, que nos fragiliza nessa atuação, que é o fratricídio realizado entre profissionais da maternidade, profissionais dos setores técnicos do Judiciário, profissionais do Direito, da Saúde, da Assistência Social. Felizmente, não é isso o que temos visto nos espaços coletivos, mas temos narrativas de medo, de angústia, de “Olha, eles estão querendo nos responsabilizar pela separação. O Judiciário está querendo responsabilizar individualmente os profissionais dos setores técnicos das varas ou dos hospitais.”. Isso apenas nos nubla, apenas dificulta o questionamento daquilo para o que nós realmente deveríamos estar olhando, que é um sistema, uma lógica que propõe que essas mulheres e crianças têm que ser separadas.

Quem são as profissionais que vão desenvolver esse papel? Isso acaba sendo quase irrelevante, pois, se será a maternidade ou o Conselho Tutelar, a juíza ou o Ministério Público, esse é um ciclo que temos que quebrar, é uma engrenagem.

“Qual será que é a potencialidade de nós, enquanto mulheres, trabalharmos com aquilo que nos fortalece? Será que não deveríamos começar a reaver aquilo que foi tirado de nós”

Como seremos capazes de resistir se não atuarmos de maneira conjunta, a despeito dos nossos diferentes olhares, do olhar da Saúde, do Direito, da Assistência Social, do Serviço Social? Outras perguntas que ficam são: qual será o potencial do Direito? Quais são as medidas jurídicas possíveis?

Por que nós não temos ações de acolhimento conjunto de mãe e bebê, ações que obriguem o Estado a conceder essas vagas, a produzir esses acolhimentos conjuntos? Por que nós não temos *habeas corpus* e mandado de segurança que possam potencializar isso? Você conseguem imaginar uma mulher que tenha um advogado à sua disposição? Se alguém no hospital falasse para ela: “Olha, infelizmente, você não vai poder sair daqui com seu bebê”, o que aconteceria? Talvez esse hospital fosse responsabilizado. Então, sob a ótica de que nós vamos ser responsabilizados pela alta, talvez devêssemos pensar: “Não, talvez eu seja responsabilizado por não dar a alta”.

Fora essas atuações, a Nota Técnica 1, de 2016, que surgiu justamente nesse contexto de separações, em Belo Horizonte e também no Espírito Santo, faz o desenho de um fluxo que representa uma alta responsável, compartilhada. Precisamos pensar em uma estratégia para incomodar a forma como essa engrenagem funciona, ou não conseguiremos pará-la. Talvez essa estratégia não funcione de imediato, mas será capaz de produzir a reflexão de que precisamos para pautar uma ética do cuidado, uma ética da justiça. Eu acho que essas são algumas questões, pensando que o direito para essas mulheres é, antes de tudo, uma violação.

Será que é possível a quebra dessa lógica? Porque, na perspectiva do que temos trabalhado na clínica, quebrar essa lógica também só é possível na medida em que nos permitimos nos afetar por essas histórias. Essas histórias entram em nossas rotinas, são trajetórias burocratizadas, não nos afetamos mais: “É assim mesmo, o Direito funciona assim, Ctrl+C, Ctrl+V. A gente copia aquele laudo, a gente faz o encaminhamento, é assim mesmo. Não, uma vez deu errado, desta vez não vai ser diferente”. Nós não conseguimos produzir o espaço para reflexão sem afetação.

O artigo 25, item 2, da Declaração Universal dos Direitos Humanos fala que maternidade e infância têm direito a cuidados e assistência

“Como seremos capazes de resistir se não atuarmos de maneira conjunta, a despeito dos nossos diferentes olhares, do olhar da Saúde, do Direito, da Assistência Social, do Serviço Social?”

especiais, e que todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio vão ter a mesma proteção social; e o princípio IV da Declaração Universal dos Direitos da Criança fala que as crianças têm seus direitos a alimentação, moradia, assistência médica garantidos desde o nascimento. Nesses documentos, os direitos são garantidos à criança e à mãe. Por que, então, ainda há insistência nessa separação, a despeito de todas as leis que falam o tempo todo na proteção da criança e da mãe, na proteção da família como ente de sustentação da nossa sociedade? Para pensar nisso de maneira coletiva e enfatizar os 70 anos da Declaração dos Direitos Humanos, devemos nos perguntar: o que temos feito com essas normativas que não temos conseguido fazê-las agir na proteção das pessoas? 🌍

“Quebrar essa lógica também só é possível na medida em que nos permitimos nos afetar por essas histórias”

Referências

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Nota Técnica Conjunta MDS/MSaúde No 001/2016**. 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.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos da Criança**. 1959. Disponível em <http://www.dh-net.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm>.

Por que falar de maternidade e vulnerabilidade social?

Mesa de abertura

Juliana

O objetivo da Clínica de Direitos Humanos Luís Gama, em parceria com o CRP SP, é conseguir promover um espaço de troca. O Instituto Alana foi um parceiro essencial para que a clínica conseguisse se manter olhando para esse tema e redigisse um relatório de pesquisa, financiando a bolsa de algumas alunas e incentivando a pesquisa, para podermos pensar nos direitos da mulher e da criança. Agradecemos ao professor Guilherme, membro da nossa clínica, que sempre nos acompanha. 🌍

Thaís Nascimento Dantas

Representante do Instituto Alana.

O Instituto Alana se insere nesse contexto porque é uma organização da sociedade civil que atua na defesa e na promoção de direitos de crianças desde 1994 e, mais recentemente, desenvolve uma atividade voltada à construção de políticas públicas, a incidência política na defesa de tais direitos.

No Instituto, temos um programa chamado Prioridade Absoluta, que tem como ponto de partida o artigo 227 da Constituição, que coloca crianças e adolescentes em primeiro lugar. E, para isso, desenvolvemos atividades em diversas frentes, atualmente focando no acesso à justiça, à justiça socioambiental, à mídia e à informação e ao orçamento público. Em apoio a essa temática, a essa pesquisa, esse artigo é bastante relevante, principalmente diante das violações reiteradas que se colocam.

O artigo 227 também diz que Estado, família e sociedade devem somar esforços na defesa dos direitos de crianças e adolescentes e que eles devem, sim, estar sempre em primeiro lugar, seja no âmbito das políticas públicas, seja no do orçamento público ou de serviços. Na situação de rua, principalmente nessa oposição que com muita frequência se constrói, dos direi-

tos das mulheres e das crianças, é fundamental adotar essa lente de prioridade absoluta para, então, dar um salto e perceber que não é possível assegurar os direitos das crianças sem olhar para essas mulheres e suas famílias. A família precisa ser cuidada para que esses direitos sejam efetivamente assegurados.

Eu acho que esse é o grande ganho que a pesquisa traz para essa análise e, a partir dessa percepção de que tais direitos precisam ser conciliados e que, na verdade, não tem como falar de uma garantia da infância sem a garantia dos direitos às mulheres, é que essa pesquisa dá essa contribuição tão importante, olhando aqui para o cenário da cidade de São Paulo, olhando para as políticas públicas e olhando para qual é, então, o papel do Estado em garantir essas condições, para qual a maternidade e uma infância plena sejam possíveis. 🧠

Referências

BRASIL. [1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002. 320p

Guilherme Assis de Almeida

Bacharel em Direito pela Universidade de São Paulo. Doutor em Direito pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é ms3 da Faculdade de Direito da USP. Tem experiência na área de Ciências Sociais, com ênfase em Direitos Humanos, atuando principalmente nos seguintes temas: direitos humanos, direito internacional, não violência, violência e refugiado.

Lúis Gama não pôde ser diplomado nesta faculdade, porque a faculdade de Direito, como vocês vão perceber, é também um lugar hiperconservador, mas tem seus paradoxos e produz, por exemplo, Lúis Gama. O trabalho da Clínica é vislumbrar e revelar como a mulher, nas suas mais diversas

situações, até na questão de pessoa em situação de rua, é tratada pelo Judiciário e pela política de Serviço Social como um todo. Portanto, é um tema bastante específico, mas que consegue congrega pessoas das mais diversas profissões, com os mais variados interesses. 🧠

Por que falar de maternidade e vulnerabilidade social?

Vera Iaconelli

Mestra e Doutora pelo Instituto de Psicologia da USP. Diretora do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal e Parental Gerar. Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Psicanalista participante dos Fóruns do Campo Lacaniano de São Paulo.

Donald Winnicott, pediatra e psicanalista muito importante, diz que não existe isso que chamamos de bebê. E essa provocação dele quer dizer que não existe um bebê sem um entorno, não existe um bebê sem uma mãe que cuide dele, sem uma sociedade que o considere um sujeito. O que se fala sobre proteger a infância fica para além de pensar o cuidado de cada criança, tendo a ver com os dispositivos sociais, culturais, de mentalidade e políticos que devemos criar, enquanto grupo, para cuidar dessa coisa que não existe sem a gente.

“Não existe um bebê sem um entorno, não existe um bebê sem uma mãe que cuide dele, sem uma sociedade que o considere um sujeito”

A ideia de infância é relativamente nova na nossa cultura. Sempre existiram períodos de desenvolvimento do corpo humano, desde o nascimento até a velhice, mas essa ideia de que existe um período que requer um cuidado especial, que esses seres de zero a “X” anos – e cada época vai ter uma pequena diferença aí – precisam de um cuidado especial, é recente. Mas que cuidado seria esse?

Eu brinco que a infância é um cercadinho recém-criado no qual a gente põe um certo grupo de pessoas em determinada fase do desenvolvimento e que esse grupo é privado de algumas experiências. A infância seria, então, um momen-

“Todo o cuidado com a infância implica filtrar as experiências da criança de forma que ela não tenha acesso direto ao sexo, à violência, à morte”

to em que você priva aquele sujeito de algumas experiências, em que você filtra as experiências dele para que a realidade do mundo complexo como ele é, violento como ele é, não passe direto. Imagine as crianças da Idade Média, quando queimar uma bruxa em praça pública era programa da família, sem distinção de idade. Naquela época, a vida era apresentada o quanto antes para aquelas crianças, para que as poucas que sobrevivessem já soubessem do que se tratava, já estivessem dentro daquela conversa.

Hoje, isso é impensável para nós. Todo o cuidado com a infância implica filtrar as experiências da criança de forma que ela não tenha acesso direto ao sexo, à violência, à morte. Vamos filtrando cada vez mais por um lado, mas uma porteira se abre totalmente do outro. Porque, embora saibamos que atualmente as crianças estão superprotegidas, elas têm acesso total às mídias sociais. Hoje, a criança vê a bruxa

“Embora saibamos que atualmente as crianças estão superprotegidas, elas têm acesso total às mídias sociais”

“É um retorno da experiência medieval, um furo no cercadinho da infância”

sendo queimada em praça pública pela internet. É um retorno da experiência medieval, um furo no cercadinho da infância.

“A infância não chegou para todos e é capaz de acabar antes de chegar para todos. Não alcançou nem alcançará todas as crianças”

Mas o que é a infância, afinal? A infância não é uma fase do desenvolvimento. Até podemos ir pelo lado biológico, mas o que estou supondo aqui é que a infância é uma mentalidade, é um conceito que, ao longo da história, tem sido, em parte, preservado. A infância não chegou para todos e é capaz de acabar antes de chegar para todos. Não alcançou nem alcançará todas as crianças. Nós sabemos que há crianças se casando, morando no lixão, etc., ou seja, com acesso absoluto e total à experiência do adulto, mais especificamente à experiência do adulto vulnerável, vivendo em situações nas quais nem os adultos deveriam viver.

Preservar a infância implica um aspecto de mudança de mentalidade que considere que as crianças ainda necessitam de cuidado. E, para isso, precisamos de dispositivos sociais e jurídicos, que os sujeitos encontrem suporte para colocar essa mudança de mentalidade em prática. Porque, ao mesmo tempo que ouvimos discursos que buscam a preservação da infância, também ouvimos coisas como “Vamos jogar o ECA na privada!” – ou seja, uma coisa não vai sem a outra. Não tem como a mudança ser encarada no caráter privado; ela tem que ser pensada no âmbito cultural. Não há como querer preservar a criança de uma experiência única, como a experiência de sexualidade, se ela está morando na rua, sendo exposta a todo tipo de violência. Como podemos ser coerentes nesse lugar?

A infância não está para todos, nunca estará. Então, quando vamos elencando tantas coisas que são necessárias para a pretensão

“Não há como querer preservar a criança de uma experiência única, como a experiência de sexualidade, se ela está morando na rua, sendo exposta a todo tipo de violência”

da infância, nós chegamos à conclusão de que se trata da preservação da sociedade como um todo. É o que entendemos por ser humano que está em jogo quando a reprodução do tecido social está tão ameaçada como está na infância. Quer dizer, é o valor do humano que está em jogo? Como a sociedade se compromete com isso?

A solução que se encontrou para dar conta da infância ao longo da história foi uma ideia muito fácil, porém, de implantação muito difícil: a obrigatoriedade da maternidade. Nos séculos XVII e XVIII, as crianças adoeciam e morriam cedo; as que sobravam precisavam de cuidado. E quem ia cuidar dessas crianças? As mães. Mas, naquela época, a obrigação desse cuidado pelas mães não era prioritária, pois elas precisavam complementar a renda da família. As crianças eram deixadas com as chamadas “mães mercenárias”, mulheres que vendiam o trabalho do leite para cuidar desses bebês, que lhes ofereciam condições extremamente precárias. As crianças, após certo tempo com essas “mães”, voltavam doentes, aleijadas, algumas morriam.

“As mulheres vão cuidar dos bebês porque é isso que as mulheres fazem”

O Estado precisou, então, se posicionar frente à horda de pivetes, doentes e inválidos que estavam se multiplicando na sociedade, pois era muito oneroso cuidar das crianças. A solução foi devolver à mãe a obrigação desse cuidado. “As mulheres vão cuidar dos bebês porque é isso que as mulheres fazem.” Só que levou dois séculos para convencer as mulheres de que era isso que as mulheres faziam, porque, naquela época, elas tinham adquirido certa liberdade. Com a volta da maternidade como uma obrigação, se sentiram compelidas a mantê-la.

Assim, a nova solução foi convencer as mulheres de que elas são tudo para os bebês, e isso é absolutamente atual. Hoje, nós achamos que a mãe é tudo, acreditamos que um bom pai é quase uma mãe, ou seja, o pai é uma porcaria; a mãe é a versão boa e o pai é um genérico bem decaído. E por quê? Nossa hipótese é biológica, porque a criança saiu do corpo da mulher. Então, a Biologia justificaria algo da ordem do instinto, algo da natureza do amor materno.

“A nova solução foi convencer as mulheres de que elas são tudo para os bebês, e isso é absolutamente atual. Hoje, nós achamos que a mãe é tudo, acreditamos que um bom pai é quase uma mãe, ou seja, o pai é uma porcaria; a mãe é a versão boa e o pai é um genérico bem decaído”

Essa construção nos é muito clara nos dias atuais, entretanto, ela data dos séculos XVII e XVIII, quando se começou a pensar na justificativa biológica do amor materno. Nós sabemos que mães e pais ou sempre amaram ou nunca amaram seus filhos, e isso é mérito do convívio, não da Biologia. Se fosse mérito da Biologia, tudo seria muito mais simples e garantido, não é? Nós nos acostumamos a acreditar que o amor materno está garantido biologicamente, mas não está.

“Nós nos acostumamos a acreditar que o amor materno está garantido biologicamente, mas não está”

Nós, humanos, somos seletivos, podemos viver uma vida abstinente. Não procuramos, naturalmente, ter relações sexuais no período fértil – muito pelo contrário. O que mais se faz, quando se faz sexo, é evitar ter filhos. Então, isso funciona para o amor também. No amor,

existe muito apelo no psiquismo para o amor entre pais e filhos, mas não existe garantia nenhuma. O amor passa pelo cuidado, o amor passa por um projeto inconsciente, o amor passa por diversas questões que são singulares, individuais, intransferíveis e que o corpo não garante. E, se o corpo não garante, essa ideia de instinto materno foi sendo vendida. Ela foi vendida às mulheres que não sentiam amor instantâneo pelos filhos ou que nunca criavam esse amor, e elas achavam que tinham um problema, que eram mães desnaturadas, fora da natureza, porque, se elas estivessem dentro da natureza, amariam seus filhos automaticamente. Então, criamos toda uma ideologia da boa mulher que é uma boa mãe. Há uma condenação moral aí.

“O amor passa pelo cuidado, o amor passa por um projeto inconsciente, o amor passa por diversas questões que são singulares, individuais, intransferíveis e que o corpo não garante. E, se o corpo não garante, essa ideia de instinto materno foi sendo vendida”

Acredito que quem trabalha com as populações vulneráveis ouve os ecos desse julgamento. É claro que o amor pelos filhos passa por um monte de questões narcísicas, do amor-próprio, de valorização do sujeito, de a existência do bebê não ser uma ameaça para a existência da mãe e do pai. Tem uma série de questões que facilitam e dificultam a construção desse amor. Mas se alguma coisa dá errado nesse caminho, geralmente, é a mulher que é considerada moralmente condenável. Sempre vai cair na conta da mulher, porque nós estamos pagando por séculos de ideologia. Deu alguma coisa errada, o que foi mesmo? Ah, a mãe. Sempre vamos cair nesse lugar.

“É tudo o que não der certo, em qualquer um desses lugares, é culpa da mãe”

As mulheres foram sendo valorizadas nesse lugar de mãe, supervalorizadas pela Igreja e pelos médicos. A boa mãe é praticamente uma enfermeira do lar: ela cuida da alimentação do filho, de seu desenvolvimento moral, não deixa o cara ficar neurótico. A psicanálise também contribui para essa fantasia: o homem fica normal, ele não vai ser psicótico, não vai ser muito neurótico, porque a mãe também garante sua estrutura psíquica, garante sua saúde mental. E tudo o que não der certo, em qualquer um desses lugares, é culpa da mãe. Até mesmo a transmissão genética, o que você transmite para seu filho geneticamente, está na sua conta: os olhos verdes, o cabelo liso, a altura, a gordura X. É você que transmite, e isso também está na conta das mães.

As mulheres, hoje, não podem mais se dedicar integralmente aos filhos. Não que elas tivessem podido fazer isso em algum momento da história, porque, desde que o mundo é mundo, as mulheres sempre trabalharam muito. Só que existia uma aspiração em ser como as que não trabalhavam, existia uma aspiração em ser como as nobres. A mulher trabalhava, como dizia o Paulo Maluf, "porque o marido ganhava pouco". Ouvimos coisas como "Professora primária ganha pouco", "Não, ela não ganha pouco, ela é mal casada", ou seja, "Ela é mal casada, ela ganha pouco". Se ela fosse bem casada e o marido ganhasse bem, ela não teria que trabalhar, o que é uma coisa horrorosa, certo? E podia ficar em casa cuidando dos filhos – isso, sim, é magnífico.

"É importante que as mulheres possam fazer aquilo a que elas aspiram, e não aquilo que as pessoas supõem que elas devem aspirar"

De um tempo para cá, com a revolução sexual dos anos 1960, 1970, começou um movimento de aspiração ao trabalho, porque as mulheres sempre aspiraram a uma carreira, mas isso não era valorizado. Com a revolução sexual, essa aspiração pôde aparecer como um valor, mas também assumir imperativos terríveis, como execrar a mulher que prefere ficar em casa e cuidar dos filhos, assim como eram as mulheres que trabalhavam antigamente.

É importante que as mulheres possam fazer aquilo a que elas aspiram, e não aquilo que as pessoas supõem que elas devem aspirar. As mulheres que quiserem ficar em casa trabalhando, ótimo; as que quiserem trabalhar fora, ótimo também. Com essa mudança, na medida em que as mulheres vão para a rua como uma aspiração e ganham tanto quanto ou mais que seus maridos, o casamento já não se torna tão estável. Elas podem se separar e se sustentar, não têm que ficar aguentando situações terríveis – nem sempre, é claro –, então, essa conta não fecha. Não que ela fechasse antes, mas hoje isso fica mais evidente. Mas, teremos o quê, agora?

Precisamos ter uma mudança de mentalidade. Nossa sociedade enfrenta um momento de mudança que exige se deparar com o próprio preconceito, dar um passo atrás e retificar, voltar, estabelecer novas ligações neuronais, novas sinapses e ir seguindo. Eu mesma, na época do movimento do "fiu fiu", achei um exagero de primeira mão, pois sou da época em que "fiu fiu" era elogio, mas dei um passo atrás e ouvi as garotas que estavam dizendo que é ofensivo. Ocorre a mesma coisa com casais homossexuais: você tem que olhar e ver que as pessoas não estão se batendo, elas estão se amando.

"Uma criança precisa ser cuidada, necessariamente, por outro sujeito humano constituído como tal, adulto suficiente, e nessa condição o amor não pode faltar, porque existe o investimento amoroso. É necessária a transmissão da linguagem, e isso não depende gênero, mas depende de uma certa qualidade muito rara, muito difícil, muito importante, que o gênero não garante, que é da ordem do amor"

E teremos que fazer isso em diversas situações, como no que se refere ao nosso tema, que é uma mudança de mentalidade sobre quem pode cuidar da criança. Porque até então era a

mãe, e isso ainda é muito forte. A melhor opção é a mãe; o resto é um arremedo: "Ficar na creche condena a criança a ter menos ligações neurais", abrigos, crianças adotivas, criadas pela avó, criadas pelo pai, criadas por dois homens, etc. Tudo isso pode ser ótimo, pode ser péssimo, mas não é, *a priori*, bom ou ruim. Depende de quem são os sujeitos que criam essas crianças.

O que nós precisamos repensar? Eu vou falar isso de uma forma bem radical: uma criança precisa ser cuidada, necessariamente, por outro sujeito humano constituído como tal, adulto suficiente, e nessa condição o amor não pode faltar, porque existe o investimento amoroso. É necessária a transmissão da linguagem, e isso não depende gênero, mas depende de uma certa qualidade muito rara, muito difícil, muito importante, que o gênero não garante, que é da ordem do amor.

Não há garantias. Pensar radicalmente implica entender que uma criança pode ser criada por um homem? Pode. Uma criança pode ser criada em um abrigo? Pode. Mas não pode faltar esse elemento que não está garantido *a priori*; ele precisa ser conquistado. Dito isso, poderemos, de fato, pensar em leis e dispositivos que não coloquem sempre a mulher na posição de cuidadora da criança, o que, para algumas mulheres, pode ser algo muito sofrido, porque elas querem ficar com seus filhos, porque não conseguem se imaginar deixando-os com o pai, porque se sentem culpadas por pedir a ajuda do pai, porque sentem-se desnaturadas, sentem que estão fazendo mal para as crianças.

Nós temos que realmente radicalizar a possibilidade de dar condições para a parentalidade, e não apenas para a maternidade. A maternidade está diretamente relacionada ao gênero, tanto que vemos mulheres *trans* se denominando mães. A parentalidade deve ser exercida por quem puder estar lá para exercê-la. E isso nos implica a todos, principalmente o Estado, porque as condições da maternidade passam pelas condições da dignidade e da existência humana. Os bebês não herdam apenas a parte genética, eles herdam nosso lugar na sociedade; se quisermos, de fato, preservá-los, teremos que preservar as condições sociais daqueles que cuidam deles. É como aquele jogo de bonecas Babuska: uma está dentro da outra. Não dá para desmembrar, não dá para pensar maternidade sem pensar em reprodução do tecido social. 🌱

"Nós temos que realmente radicalizar a possibilidade de dar condições para a parentalidade, e não apenas para a maternidade"

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC – FMUSP). Sócia-fundadora e tesoureira eleita nas gestões 2005-2007 e 2007-2009 da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas. Membro da ABRAMD Clínica. Coautora do livro Como lidar com o Alcoolismo, da Editora Hogrefe, lançado em 2018.

A dependência feminina foi um fenômeno escondido até o período pós-Segunda Guerra Mundial. Foi a partir dos anos 1950 que se começou a falar que as mulheres podiam abusar de álcool, podiam abusar de drogas. A principal justificativa para esconder esse fato foi o estigma de maior promiscuidade sexual e de maior agressividade em relação aos homens que usam alguma droga ou bebem.

“A principal justificativa para esconder esse fato foi o estigma de maior promiscuidade sexual e de maior agressividade em relação aos homens que usam alguma droga ou bebem”

Nesse sentido, por serem mais estigmatizadas, por sentirem vergonha e culpa, as mulheres procuraram ajuda com menos frequência. Além disso, os profissionais da Assistência Social e da Saúde não são treinados para reconhecê-las. E, como resultado disso, as mulheres aparecem menos enquanto sujeitos de pesquisa. O que se sabe sobre elas, hoje, é pouco em relação ao que se sabe sobre os homens. O que passou a acontecer foi o direcionamento do tratamento de mulheres com base na utilização de dados de pesquisas envolvendo homens, com pouca consideração pelas diferenças entre os dois gêneros. Entretanto, as mulheres têm características muito distintas das dos homens, o que significa que, na sua prática, você terá que abordá-las de forma diferente. Uma das questões distintas – e são várias – é a questão da gravidez.

“E, como resultado disso, as mulheres aparecem menos enquanto sujeitos de pesquisa. O que se sabe sobre elas, hoje, é pouco em relação ao que se sabe sobre os homens”

Desde a antiguidade, existe uma noção de que o uso de álcool na gravidez é prejudicial. As crenças greco-romanas falam em crianças prejudicadas; os cartagineses proibiam o uso de álcool na noite de núpcias; no Velho Testamento, há uma recomendação para que as mulheres não bebam. E isso se justifica até hoje, porque a droga mais deletéria para o feto é o álcool. Mas, por incrível que pareça, nós não vemos ação de perda de guarda com uma mãe que usa álcool, vemos mais quando ela usa drogas.

“A droga mais deletéria para o feto é o álcool. Mas, por incrível que pareça, nós não vemos ação de perda de guarda com uma mãe que usa álcool, vemos mais quando ela usa drogas”

Em 1970, os pesquisadores e médicos observaram um padrão de anormalidades em bebês filhos de mães alcoólatras, alcoolistas. Esse padrão foi chamado de Síndrome Alcoólica Fetal.

Com o tempo, perceberam que nem todos os fetos que sofriam de uma exposição pesada apresentavam todos os sintomas dessa síndrome. Havia influência dos fatores genéticos, da dose, do tempo de gestação, da frequência de uso, do estado nutricional da mãe. A partir dessa descoberta, esse padrão começou a ser chamado de Transtorno do Espectro da Síndrome Fetal Alcoólica, que engloba desde uma leve deficiência na aprendizagem até a Síndrome Alcoólica Fetal, que é o extremo de um contínuo. Nesse extremo, ocorrem um retardo geral do crescimento da criança, alteração dos traços faciais, alterações globais do funcionamento intelectual e dificuldades de socialização. A Síndrome Alcoólica Fetal é a causa mais comum de retardo não hereditário.

"A mortalidade neonatal é de cerca de 17%, ou seja, ao nascimento, cerca de 17% dos bebês morrem pelo uso de álcool da mãe e pelo risco dessa síndrome em mães alcoolistas"

No Brasil, não temos muitos estudos sobre o Transtorno do Espectro da Síndrome Fetal Alcoólica – a maioria dos dados é da população americana. Nos Estados Unidos, o risco de retardo mental para os bebês de mães que bebem na gravidez é de 50%; a síndrome atinge dois bebês em cada mil casos e o Transtorno do Espectro atinge um bebê em cada cem casos. Cerca de 1% dos bebês que nascem apresentam o Transtorno do Espectro da Síndrome Fetal Alcoólica, que são: alterações e dificuldades intelectuais, alterações e dificuldades escolares, questões neuropsicológicas e alterações neurológicas.

A mortalidade neonatal é de cerca de 17%, ou seja, ao nascimento, cerca de 17% dos bebês morrem pelo uso de álcool da mãe e pelo risco

"A recomendação é de que não existe nenhum nível seguro de álcool, isto é, nenhuma mulher deve beber na gravidez em nenhum momento do processo gestacional"

dessa síndrome em mães alcoolistas. O padrão de dependência de álcool é de um terço, ou seja, um terço de todos os bebês de mães alcoolistas apresentará essa síndrome. No primeiro trimestre, o risco do transtorno aumenta em 12 vezes, e esse é um dado muito importante, uma vez que a maioria das mulheres não sabe que está grávida até o segundo mês, então continua bebendo. Com o uso de álcool nos três trimestres, o risco aumenta em 65 vezes. Ou seja, se ela parar de beber no primeiro trimestre, há uma importante diminuição do risco.

Tendo em vista tudo isso, e obviamente porque não faremos uma pesquisa para testar o nível de álcool que seria tolerável na gravidez, a recomendação é de que não existe nenhum nível seguro de álcool, isto é, nenhuma mulher deve beber na gravidez em nenhum momento do processo gestacional. Porque não existe segurança, não conseguimos afirmar quantas doses podem ocasionar, por exemplo, um distúrbio de linguagem ou um distúrbio de aprendizagem.

Em 2011, nos Estados Unidos, 1 milhão de recém-nascidos eram filhos de mães usuárias de drogas; hoje esse número deve ser maior. A questão é que, ao pensarmos no efeito do uso de drogas na gestação, esse olhar deve ser cuidadoso, pois os estudos individualizam o efeito da droga e não controlam o risco psicossocial (situação de rua, pobreza, estresse, doença sexualmente transmissível, infecções). Então, na prática, o que isso quer dizer é: Se a mãe não usasse drogas, mas apresentasse todas essas características, o filho nasceria absolutamente "normal"? Isso é devido à droga ou às condições social e ambiental em que ela vive? Além disso, falta controle sobre o fator de proteção, o atendimento pré-natal. Ou seja, será que a gestação da mãe que mora na rua e usa drogas, mas teve atendimento pré-natal não vai ser diferente daquela que não teve?

"Se a mãe não usasse drogas, mas apresentasse todas essas características, o filho nasceria absolutamente 'normal'?"

Existe uma série de condições quando falamos de efeito das drogas no feto; não existe um mecanismo direto. As perguntas que devem

ser feitas quanto às interferências no desenvolvimento infantil são: quanto foi consumido? Em qual tempo da gestação? Usava sozinha? Usava crack, cocaína, álcool? Cheirava cola? Teve complicação médica devido à prematuridade, ao baixo peso? Qual foi a qualidade do cuidado e do ambiente do recém-nascido? Nós não temos como saber se o retardo no desenvolvimento da criança se deve ao uso de drogas pela mãe ou ao fato de essa criança estar em um abrigo onde recebia pouco cuidado, por exemplo.

“É preciso lembrar que o abuso de substância está associado a múltiplos fatores de risco: pobreza, situação de rua, falta de suporte, abuso físico, violência, existência de doenças psiquiátricas”

É preciso lembrar que o abuso de substância está associado a múltiplos fatores de risco: pobreza, situação de rua, falta de suporte, abuso físico, violência, existência de doenças psiquiátricas. O maior entrave para essas mulheres é que, por conta de suas condições de vida, elas temem fazer o pré-natal e perder a guarda do bebê, então não vão. É claro que qualquer abuso de drogas durante a gravidez é uma fonte de preocupação social em relação à saúde da criança. Além disso, devemos considerar que as mulheres que abusam de álcool e drogas têm mais probabilidade de ter uma gravidez indesejada, maior facilidade de ter uma gravidez não planejada.

Socialmente, existem dois mitos importantes: o mito de que as mulheres que usam drogas são inadequadas e insuficientes como mães e o de que qualquer droga vai causar defeito no feto. E eles se perpetuam porque a mídia os divulga, por causa do estigma relacionado a essas mulheres, mas, também, por causa dos próprios pesquisadores. Um exemplo claro disso é o fenômeno dos *crack babies*.

No fim dos anos 1970, foi realizado um estudo com 23 bebês em que se notou um padrão de alterações neurocomportamentais que duraram cerca de 10 semanas e evoluíram para aquilo que foi chamado de *crack kids*. As *crack kids* se-

“O mito de que as mulheres que usam drogas são inadequadas e insuficientes como mães e o de que qualquer droga vai causar defeito no feto”

riam crianças com prejuízos cognitivos, afetivos e morais. A mãe usava crack na gestação e tinha um filho com prejuízo moral. Outros estudiosos replicaram essa pesquisa, um com 17 e outro com 8 bebês, e encontraram o mesmo resultado. Com isso, foi estabelecido um diagnóstico. Em meados dos anos 1980, nos Estados Unidos, configurou-se um cenário de enorme preocupação social com o uso de crack, que associava a ilegalidade da droga a graves danos no feto.

O que sabemos de fato sobre os *crack babies* e as *crack kids*? Que isso não existe. Essas pesquisas enviesadas foram alastradas por um fenômeno midiático, que fez com que esse mito persistisse fortemente até hoje.

Em 2011, saiu nos Estados Unidos um importante editorial que afirmava que a persistência dos *crack babies* até hoje na literatura se justificava pela necessidade de atribuir uma condenação maior às mulheres que usam crack na gestação. É como se elas não merecessem ser mães, o que acaba contribuindo para uma marginalização maior e não melhora em nada as condições de vida dessas mulheres e seus bebês.

“A questão da avaliação do risco do uso de drogas durante a gestação é que, antes de analisar o risco em si, é preciso considerar que esse é apenas um dos fatores que podem causar distúrbios”

A questão da avaliação do risco do uso de drogas durante a gestação é que, antes de analisar o risco em si, é preciso considerar que esse é apenas um dos fatores que podem causar distúrbios. O uso de crack, por exemplo, está em um espectro mais amplo de condições sociais desfavoráveis.

A cocaína apresenta riscos, principalmente, por conta da ação de vasoconstrição dessa droga. Na área das complicações obstétricas, existem os riscos de placenta prévia e de pré-eclâmpsia, prejudicando a circulação de oxigênio, e de aumento da pressão arterial da mãe e do feto. Outras complicações que podem ocorrer são a isquemia no feto, que é um tipo de acidente vascular cerebral, a prematuridade e o baixo peso. Assim como ocorre no uso de tabaco na gestação, com o uso de cocaína há aumento do risco de infarto cerebral e hemorragia, por causa da hipertensão.

O risco da anormalidade congênita com essa substância não é consensual. Não se sabe, por exemplo, se a cocaína gera qualquer outro tipo de complicação para a saúde dos bebês – os estudos são controversos. Não existe associação com problemas de desenvolvimento físico e de linguagem, como muitos pesquisadores quiseram crer. Esses estudos notaram alguns déficits no controle motor, mas, como as mães usavam cocaína e tabaco, não sabem dizer qual o efeito do tabaco e qual o da cocaína. Até hoje, também não há comprovação de qualquer anomalia nas crianças filhas de mães usuárias de crack.

Os benzodiazepínicos - como o Rivotril, o Frontal, o Lorax, o Diazepam, o Lexotan - são o segundo tipo de droga que causa mais dano ao feto. Os calmantes ultrapassam a barreira placentária e têm efeito na criança, que pode nascer hipotônica, letárgica, com dificuldade de sucção, baixa temperatura, dificuldade de respirar, etc. Os bebês podem sofrer, ainda, de uma síndrome de abstinência da substância, que causa tremor, diarreia, vômito, etc.

No caso dos inalantes de cola, existem pouquíssimos estudos, porque é raro encontrar uma gestante que use apenas essa substância. Então, não se sabe se existe uma síndrome fetal causada por inalantes.

A maconha é outra droga que atravessa a barreira placentária. Ela é armazenada no lí-

quido amniótico, portanto, a mãe expõe o feto aos constituintes da maconha. Mesmo assim, há pouca evidência de anormalidades físicas. Além disso, não se associa com a prematuridade e a associação maior é com o baixo peso, dependendo da quantidade consumida pela mãe. Então, as imagens de bebês com tremores, em síndrome de abstinência, representativas dos *crack babies* são associadas aos opioides, à heroína ou à medicação associada à morfina.

As mães dependentes de álcool e drogas são estigmatizadas. A função materna é associada diretamente ao preconceito, sendo considerada comprometida por causa do uso. É o que acontece com essa mãe? Ela se sente tomada por um grande sentimento de vergonha e culpa; afinal, está fazendo mal ao seu bebê.

“Essas mulheres acabam por identificar-se com o estereótipo de que não servem para nada, ficam reduzidas a serem ‘drogadas’ ”

Alguns estados americanos criminalizam o uso de drogas na gestação, por considerarem que a mãe está praticando uma violência contra esse bebê. Essas mulheres acabam por identificar-se com o estereótipo de que não servem para nada, ficam reduzidas a serem “drogadas”. Em um ambiente social que reforça esse discurso, esse julgamento, elas sentem falta de confiança em sua capacidade de serem mães, sentindo-se inadequadas e insuficientes. No PROMUD, quase todas as mulheres que procuram tratamento usam pouco ou cessam o uso de drogas durante a gestação, por temerem a perda da guarda do filho. Elas imaginam que entrar no Hospital das Clínicas pode implicar a perda da criança.

A amamentação é um tópico que deve ser pensado em função do risco, pois entendemos que deve ser prioritária no cuidado com a criança, mas não há consenso sobre a mãe dependente de drogas amamentar. É preciso considerar que a mãe pode estar em uma situação de pobreza, de desnutrição e avaliar o que o bebê pode tirar daquele ambiente. O que sabemos é que as drogas que ultrapassam a barreira placentária passam para o leite da mãe. O Ministério da Saúde

“As mães dependentes de álcool e drogas são estigmatizadas. A função materna é associada diretamente ao preconceito, sendo considerada comprometida por causa do uso”

“É preciso considerar que a mãe pode estar em uma situação de pobreza, de desnutrição e avaliar o que o bebê pode tirar daquele ambiente”

e a Sociedade Brasileira de Pediatria não recomendam que mães usuárias de drogas amamentem, mas, na contramão, a Organização Mundial de Saúde e o PROMUD acreditam que o uso de drogas não é contraindicado na amamentação.

A Organização Mundial de Saúde recomenda uma série de cuidados em relação ao uso de álcool e de drogas e entende que este não é fator proibitivo para a amamentação. Temos que cuidar dessas mães para saber qual a melhor alternativa. Teoricamente, elas devem ser orientadas sobre o risco das drogas para os recém-nascidos e encaminhadas para tratamento. Nossa experiência no PROMUD nos mostra que as mães usuárias de *crack*, por exemplo, quando podem, isolam seus bebês na hora do uso, para que não inalem fumaça.

“Organização Mundial de Saúde e o PROMUD acreditam que o uso de drogas não é contraindicado na amamentação”

O que precisamos pensar sobre esse tópico é que, na mulher usuária de drogas, a gestação aparece como um compromisso do ego com as forças de autopreservação. A população de mães jovens no Brasil, embora muitas vezes elas idealizem a maternidade, projeta nela uma esperança de vida. O ponto é que o uso de drogas não possibilita o desenvolvimento da capacidade de ser mãe, não possibilita a maternagem. E essa é a questão mais importante para se ter em mente, pois o uso de drogas pela mãe vai colocá-la em risco crescente de perder a guarda do bebê, além dos fatores ambientais, a pobreza, a miséria, a situação de rua, que exercem influências únicas e independentes sobre as crianças, além do uso de drogas *per se*. 🌱

“A população de mães jovens no Brasil, embora muitas vezes elas idealizem a maternidade, projeta nela uma esperança de vida”

*“O uso de drogas pela mãe vai colocá-la em risco crescente de perder a guarda do bebê, além dos fatores ambientais, a pobreza, a miséria, a situação de rua, que exercem influências únicas e independentes sobre as crianças, além do uso de drogas *per se*”*

Assistente Social Aposentada do TJSP. Mestre e Doutora em Serviço Social. Professora/Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Crianças e Adolescentes, da Pós-Graduação em Serviço Social/PUCSP. Pesquisadora/autora de livros e artigos em temáticas relacionadas à área sociojurídica, entre outros Questão social e perda do poder familiar.

Em meu doutorado na PUCSP, pesquisei sobre as pessoas que perdiam o poder familiar ou o pátrio poder, nomenclatura usada na época. Realizei essa pesquisa em autos processuais com sentenças de destituição do poder familiar. Quatorze anos depois, desenvolvi, com um grupo, praticamente a mesma pesquisa. Para isso, retornamos às mesmas Varas da Infância e da Juventude, para o mesmo universo, a fim de saber o que aconteceu com tais casos – isso foi após a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, então, embora a pesquisa date de 2014, ainda é bastante atual.

Essa pesquisa, como já pontuado, foi feita em registros dos autos processuais, dos relatórios de assistentes sociais, de psicólogas(os), sentenças, manifestações do Ministério Público, da Defensoria Pública, de profissionais da rede socioassistencial, do Conselho Tutelar. Esse é um dos registros que mostram como a realidade vivida pelas pessoas é traduzida e/ou interpretada por aquelas que tomam as decisões.

Esse trabalho é, evidentemente, um recorte e refere-se ao registro de petição de destituição do poder familiar. Os destaques desse documento são sobre a vivência, a dependência química, a pessoa que vive em situação de rua, que tem conflitos com seus familiares, que coloca em risco a vida da criança, que tem comportamento sem regras, sem trabalho lícito, quando não aparece trabalho honesto e, principalmente, dependência química sem adesão a tratamento.

A não adesão ao tratamento é uma das informações mais frequentes nos registros dos autos processuais. A mãe que perde o poder familiar já se envolveu com drogas, ou é garota de programa.

Há uma história totalmente negativa em relação a essa mulher que acaba levando à destituição do poder familiar quando o juiz interpreta os relatórios. Claro que há exceções, mas o que a pesquisa mostrou foi que a pobreza ou a vivência em extrema pobreza é o fator que, ao longo da história, tem levado a esse rompimento de vínculos parentais.

Um fator de destaque é que o dever de proteção da criança e da família é do Estado e da sociedade. Isso está claro na Constituição e no Estatuto da Criança e do Adolescente. As crianças têm direito à proteção, à vida, à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam seu desenvolvimento harmonioso em condições dignas. A elas devem ser asseguradas a convivência familiar e comunitária com sua família sempre que isso for possível. A criança e a família têm direito à proteção, tem direito a ter direitos sociais.

Nas normativas, nas legislações, os direitos estão claros, mas as crianças e os adolescentes que percorrem a área da Justiça são credoras de direitos, não tiveram acesso a eles. O ECA também pontua que a falta ou a carência de recursos materiais não constituem motivos suficientes para a perda ou a suspensão do poder familiar e que, não existindo algum motivo que por si só autorize essa sentença de destituição, a criança deverá ser mantida na família de origem, a qual obrigatoriamente deve ser incluída em serviços e programas de proteção oficiais. Portanto, a família tem o dever de proteger, mas tem também o direito à proteção social. Ela tem direito a contar com a proteção social. Ter proteção social é contar com saúde, contar com direito à saúde, com direito à educação, com direito à moradia, com direito à alimentação.

Nesses artigos iniciais, busquei trazer as contradições encontradas nos autos processuais, nos trâmites, sobre a forma como eles acabam acontecendo. A seguir, apresentarei alguns recortes da última pesquisa, de 2014, para situarmos a desproteção social e pensar nos desafios da proteção.

Nessa última pesquisa, realizada em autos processuais que tramitaram por três vezes em seis das onze Varas da Infância e da Juventude de São Paulo, foram localizadas 96 sentenças de destituição do poder familiar; destas, 66 envolviam apenas a mãe, abarcando um total de 115 crianças. Todas as mães viviam em situação de pobreza ou abaixo da linha de pobreza, eram retratadas como figuras presentes ou ausentes, ou seja, nem sempre estavam presentes. Muitas vezes, não eram localizadas, ou sequer eram procuradas para serem ouvidas. Por isso, muitas vezes, suas histórias são contadas por outros ou nem são contadas. Encontramos um elevado percentual de falta de informações a respeito dessas mulheres.

A mãe é a grande personagem dos processos. É com ela que a criança aparece, na maioria das vezes, exposta a situações consideradas de alta vulnerabilidade e risco pessoal, incluindo problemas de saúde. Ao adentrar uma Vara da Infância e da Juventude, em tese, necessita de proteção imediata, e essa proteção passa pela separação de sua família de origem. O pai, embora apareça em alguns casos, não ocupa lugar de destaque nessas histórias.

Nos processos de perda de poder familiar, a mulher, que aparece como uma responsável primeira pelos cuidados, conforme já foi falado aqui, é responsabilizada por reais ou por supostos descuidos. Então, judicialmente, as questões de gênero e de classe social são essenciais para essa discussão, pois quem perde o poder familiar, na maioria das vezes, é a mulher pobre ou que vive abaixo da linha de pobreza, sem acesso aos direitos sociais, nem antes nem depois da perda do poder familiar, e, na grande maioria das vezes, também nas gerações anteriores.

Na pesquisa, tentamos identificar os motivos que levavam ao rompimento da família. Entre as justificativas, apareceram o abandono sob riscos e abandono sob cuidados. O abandono sob cuidados se configurava quando a criança era deixada sob o cuidado de outros, em vez de ser deixada na rua ou em algum outro lugar sem proteção, o que caracterizaria o abandono sob riscos. Além disso, apareceram a violência, a negligência, a dependência de

álcool, de crack e de outras drogas. A negligência, nesses processos, não é conceituada, não se procura um sentido para ela frente à falta de acesso à proteção social. Os motivos são variados, mas expõem, em conjunto, diversas violações dos direitos de crianças, adolescentes e dos familiares.

Essas violações suscitam questionamentos: como essa família foi protegida? Como ela teve acesso aos direitos sociais? Ela não contou com o direito ao trabalho, que, na sociedade em que vivemos, seria central para que uma pessoa pudesse ter o rendimento mínimo para se manter com alguma dignidade. A falta de informação também é bastante significativa. Há um percentual de 17% dos casos sem trabalho ou sem qualificação para o trabalho. O trabalho informal também aparece em números acentuados. Quando é registrado algum tipo de trabalho, trata-se de uma modalidade que, nas escalas de vencimentos, quando há, se situam nos rendimentos mais baixos: empregadas domésticas, faxineiras, ajudantes, recepcionistas, vendedores, etc.

Na pesquisa de 2014, diferentemente da pesquisa realizada no final dos anos 1990, aparecem, de maneira bastante significativa, mães em reclusão no sistema prisional. Acredito que, se fizéssemos outra pesquisa hoje, veríamos a ampliação das expressões da questão social, da falta de acesso à proteção social que essa população tem vivido.

Nos relatórios, as informações sobre educação são escassas. Daqueles em que conseguimos localizar alguma informação consta que as pessoas processadas têm Ensino Fundamental incompleto ou não chegaram a algum grau de escolaridade. Não constam desses relatórios informações relativas ao direito à saúde, mas aparecem diagnósticos ou relatos sobre situações relacionadas a problemas de saúde, principalmente saúde mental. Identificamos um nível elevado de sofrimento vivido por essas mulheres, e, em muitos casos, diretamente ou por meio de terceiros, relatam esse sofrimento e afirmam que estão à procura de algum tratamento que não conseguiram acessar. Outros dados relativos à temática da saúde revelam que há alta incidência de mães usuárias de álcool e drogas, pais usuários de drogas, soropositivos, com HIV, sífilis, doenças venéreas. Foram verificados comprometimentos de saúde que, muito possivelmente, são agravados pela situação adversa em que essas pessoas se encontram, ou seja, de falta de proteção, vivendo na rua.

“As políticas sociais, em geral, e particularmente a de assistência social, estabelecem uma interface com a justiça de infância e da juventude como falta, e não como presença”

Os programas de proteção social, especificamente em relação à política de assistência social, não existiam para essa população nem antes nem depois do processo de destituição do poder familiar. Então, essas mulheres não tiveram acesso nem à atenção focalizada, por meio de programas de combate à pobreza. As políticas sociais, em geral, e particularmente a de assistência social, estabelecem uma interface com a justiça de infância e da juventude como falta, e não como presença.

Essa população, em grande parte, não conta com o direito à moradia digna. Em relação à pesquisa anterior, o número de mulheres em situação de rua é elevado e muitas vivem no sistema prisional. Então, comparando, na primeira pesquisa tivemos 5 pessoas em situação de rua, ao passo que na de 2014 foram 23. E, se considerarmos as pessoas que pernoitavam em abrigos públicos, amplia-se o número de pessoas que estavam vivendo sem qualquer proteção de acolhida para pernoitar, para morar.

“As mães que perdem o poder familiar, na sua totalidade, sobrevivem em condições sociais precárias, com ausência de acesso aos direitos sociais ao longo da vida e nas gerações anteriores”

As mães que perdem o poder familiar, na sua totalidade, sobrevivem em condições sociais precárias, com ausência de acesso aos direitos sociais ao longo da vida e nas gerações anteriores. A violência aparece em suas diversas facetas: a violência doméstica, a violência vivida nas situações de rua, a violência da falta de acesso a qualquer direito. Como sinônimo, como causa ou decorrência das violências, concluímos que a barbárie social dá a tônica à vida da maioria dessas mães e nos processos, muitas vezes, isso é naturalizado. As

histórias se repetem e a impressão que se tem é de que as pessoas não se incomodam mais com isso, que essa realidade já faz parte da paisagem.

A desproteção social, em especial em relação à assistência social, que foi um dos focos da pesquisa, revela uma desarticulação entre a implementação, a operacionalização da política de proteção social e a operacionalização da justiça de infância e da juventude. A busca da proteção prioritária à criança via acolhimento nas unidades de acolhimento institucional ou em famílias substitutas, mediante adoção, tem ignorado a necessária atenção à família de origem. É como se, ao adentrar o Judiciário, a invisibilidade dessas famílias de origem e suas condições sociais se acentuassem, como se não fossem compostas de sujeitos de direito.

Perversamente, o acesso dessas crianças à proteção é dado pelo rompimento dos vínculos com a família de origem. A ausência de articulação entre a ação judiciária e a gestão do território – em relação à cidade de São Paulo – especialmente aos equipamentos de proteção social da Assistência Social, é um dos pontos que aparecem. Em São Paulo, a abrangência territorial das Varas da Infância e da Juventude e do Judiciário é uma, a do município é outra. Então, às vezes, a Vara tem que se reportar a serviços de subprefeituras de várias regiões da cidade, e esse é mais um fator que acaba dificultando as ações interdisciplinares e intersetoriais para assegurar algum tipo de proteção dos trabalhadores que estão diretamente lidando com essa população.

Para a efetivação da intersetorialidade entre políticas e serviços, que são os principais pressupostos da Política Nacional de Assistência Social, na perspectiva da gestão, essa questão precisaria ser revista urgentemente. Mas não é por falta de conhecimento da Assistência Social dessas organizações que essa revisão não acontece, é por falta de interesse político. Ações regulares e efetivas são fundamentais para que essas mulheres acessem equipamentos e serviços que possibilitem acesso qualificado e continuado, porque os encaminhamentos não serão eficazes se não houver uma rede de suporte, de apoio contínuo. O Judiciário encaminha, o técnico encaminha, mas não há controle desse encaminhamento, então, esse serviço acaba não sendo efetivado.

Uma das experiências com que tivemos contato, em uma das pesquisas vinculadas a essa, é que as ações que possibilitam o acolhimento

conjunto das mães com os filhos contribuem para que essas mães acessem a proteção, tenham condição de viver com seus filhos. Para que isso seja efetivado, seria necessário um grande investimento, que, em São Paulo, existe muito pouco. E, na atual conjuntura, não são necessárias mais legislações, mais diretrizes, mais planos, mais orientações técnicas – nós temos o suficiente para fazer um trabalho digno. Nós precisamos de articulações, de compromissos efetivos para assegurar a implementação do que já foi construído e que essas construções não sejam destruídas ou regridam, como se anuncia.

“Nós precisamos de articulações, de compromissos efetivos para assegurar a implementação do que já foi construído e que essas construções não sejam destruídas ou regridam, como se anuncia”

Acredito que, mais do que nunca, nós precisamos de organização, de espaços como esse de pesquisa, de organização, de encontros, de articulação e de vigilância, porque o discurso conservador e moralizante, o discurso salvacionista, pode encontrar terreno fértil no Judiciário, entre os profissionais de apoio e os chamados operadores do Direito. Claro que há exceções, mas é uma área que tende a absorver esse discurso com a maior facilidade.

“Nós podemos realizar programas que atendam a essas mães, mas outras situações graves vão continuar acontecendo e se ampliando se a questão estrutural não for enfrentada”

O IBGE revelou indicadores sociais que mostram que, desde 2016, tem havido um aumento nas condições de pobreza e de extrema pobreza da população brasileira, bem como um aumento

da desigualdade social. Não podemos perder de vista que a pobreza e a desigualdade são de ordem estrutural. Nenhum programa de atenção social focalizado, por mais qualificado que seja, vai evitar a ampliação e o agravamento do quadro de barbárie social – que nós vimos rapidamente nessa pesquisa – se as bases estruturais que fomentam a pobreza e a desigualdade permanecerem as mesmas. Quer dizer, nós podemos realizar programas que atendam a essas mães, mas outras situações graves vão continuar acontecendo e se ampliando se a questão estrutural não for enfrentada. É preciso pensar a proteção social a partir do que fazer frente ao que existe e para evitar que a situação continue se agravando. 🌍

Referências

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2018**. IBGE – Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2018.

Defensora Pública há 20 anos. Atuação atual: Defensoria Especializada em Direitos Humanos, Coletivos e Socioambientais. Atuações anteriores: Segunda Instância Criminal, Tribunal do Júri, Varas Criminais, NUDEM – Núcleo de Defesa da Mulher.

Em Belo Horizonte, no ano de 2013, havia um grupo discutindo a questão do fluxo para atendimentos das mães gestantes em situação de vulnerabilidade. Desse grupo faziam parte pessoas ligadas à saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, médicas, Defensoria Pública, Ministério Público. Em determinado momento, o Ministério Público desgostou dos rumos daquela atenção e, em 2014, lançou duas recomendações: as recomendações número 05 e 06, uma delas destinada à Atenção Básica de Saúde e a outra destinada às maternidades. A Atenção Básica deveria ser delatora das mães usuárias de drogas, enquanto as maternidades deveriam, imediatamente, acionar o juiz para que essas crianças fossem tomadas das mães e protegidas, no dizer deles.

Essas recomendações causaram um impacto grande. Curiosamente, eram encaminhadas especificamente aos hospitais públicos, algumas vezes, diretamente ao setor psicossocial, e não à Direção. A pressão sempre foi feita diretamente nesse setor psicossocial, nas(os) psicólogas(os) e assistentes sociais que estavam na ponta. Pouca pressão foi feita sobre a Direção do hospital. Chegamos a encontrar, nesse período de embate com o Ministério Público, ofícios ameaçadores.

No procedimento de tirar os bebês das mães em diversas situações de vulnerabilidade, a fala sobre o uso de drogas, de álcool e drogas ilícitas é só um plano de fundo; na verdade, são diversas as vulnerabilidades. O movimento não começou em 2014, com as recomendações, mas ganharam impulso com elas, que funcionaram como instrumentos de pressão sobre as pessoas que estavam na ponta.

“No procedimento de tirar os bebês das mães em diversas situações de vulnerabilidade, a fala sobre o uso de drogas, de álcool e drogas ilícitas é só um plano de fundo; na verdade, são diversas as vulnerabilidades”

Em 2016, foi lançada uma Portaria vinda do Juízo da Infância. Como as recomendações perderam a força quando, em segunda instância, os promotores perderam a ação, veio essa Portaria, que tem algumas peculiaridades: ela coloca nas linhas aquilo que estava nas entrelinhas das recomendações. Embora esteja suspensa, não está morta, e vale a pena destacar alguns trechos, porque eles mostram quão preconceituosa tem sido essa ação.

O primeiro considerando da Portaria: a situação de grave risco de muitos recém-nascidos, cujas famílias não apresentam ambientes que garantam seu desenvolvimento integral, em especial em virtude da dependência química e/ou da trajetória de rua dos genitores sem condições imediatas de exercer a maternidade e a paternidade responsáveis. A Portaria, logo de início, coloca a trajetória de rua como uma condição de inadequação dessas famílias e mostra um desconhecimento do que é trajetória de rua, porque ela não significa o presente. Em algum momento da vida, essas pessoas estiveram na rua, mas isso não desqualifica de jeito nenhum a maternidade ou a paternidade. E é claro que, se por um lado uma criança estar numa situação de rua seria um risco, por outro lado, a

“A Portaria, logo de início, coloca a trajetória de rua como uma condição de inadequação dessas famílias e mostra um desconhecimento do que é trajetória de rua, porque ela não significa o presente”

família toda está vulnerável, a família toda precisa ser protegida em vez de sofrer mais uma agressão pelo Estado, que é a retirada desse bebê. Só o fato de estar em situação de rua já é motivo para que essa família perca esse bebê.

Quando essas recomendações do Ministério Público surgiram em 2014, antes ainda da Portaria, a Defensoria da União e a Defensoria Estadual, Direitos Humanos e Infância realizaram outra recomendação. O objetivo principal era, pelo menos, gerar a dúvida: qual recomendação seguir? A dúvida era boa, porque tirar essa criança e denunciar essa mãe já não seriam certezas. E nós destacamos o mais importante: recomendação não é lei, é uma espécie de ameaça de ação judicial. Então, buscamos colocar isso em discussão, apresentar visões distintas dos mesmos artigos de lei apresentados pelo Ministério Público.

“E nós destacamos o mais importante: recomendação não é lei, é uma espécie de ameaça de ação judicial”

Ainda em 2016, uma puérpera foi levada para o CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental) com seu bebê e esse bebê foi tomado lá. Isso foi de uma violência tão grande que uma das profissionais tentou sair correndo com o bebê para que ele não fosse tomado, pois aquele lugar especial de cuidado, que é o CERSAM, foi usado como um lugar de extrema violência contra a mãe da criança. Essa situação trouxe para nossa luta os integrantes da luta antimanicomial, que têm sido fundamentais na nossa luta. Quando essas recomendações vieram à tona, nós criamos esse grupo, que nós chamamos depois de Mães Órfãs – quem deu esse nome foi a Rose, que, em vida, também estava ligada à luta antimanicomial e ao Tribunal de Justiça.

Em 2017, algumas pessoas começam a ser perseguidas pelo Ministério Público: a doutora Sônia Lansky e a doutora Márcia Parise, o presidente e um conselheiro do Conselho Municipal de Saúde, e até defensores públicos. Nesse período, tivemos diversos retrocessos, principalmente na área da Saúde, mas, por outro lado, houve avanço nas políticas de assistência social: conseguimos encaminhar as mães gestantes – ou famílias, quando tem um pai presente – para os abrigos, e isso impediu que algumas crianças fossem removidas do convívio dessas famílias.

Em seguida, o Ministério Público passou a vigiar esses abrigos e a olhar as pastas, fotografar as pastas de atendimento como se fosse um abrigo de internação de criança, como se houvesse possibilidade de violar o sigilo profissional daquelas profissionais que estavam ali fazendo os relatórios do encaminhamento da vida daquelas pessoas.

Em 2018, nós vivenciamos a retirada de uma criança de sete meses de idade, com o BOPE (Batalhão de Operações Policiais Especiais) e seis viaturas da Polícia Militar – uma operação de guerra. A justificativa era de que, em tese, a mãe estava colocando em risco a vida da filha, porque, quando eles chegaram para tentar tomar o bebê, ela se trancou em um cômodo e isso foi considerado sequestro. Eles disseram que levariam a mãe para um CERSAM, então ficamos a postos para que ela não fosse dopada e não pudesse dar fé de nada.

“Essa mãe está respondendo ao processo criminal por tentativa de sequestro da própria filha. Depois de sofrer a violência de ter a filha retirada, ela ainda tem de responder a um processo criminal”

O Polos de Cidadania, centro de defesa dos direitos humanos da população em situação de rua, estava tentando cercar a atividade da polícia e, de repente, descobrimos que ela foi levada para uma delegacia. Essa mãe está respondendo ao processo criminal por tentativa de sequestro da própria filha. Depois de sofrer a violência de ter a filha retirada, ela ainda tem de responder a um processo criminal. Eu cheguei a encontrar essa criança; me identifiquei como defensora pública para os

policiais – eles não desconheciam a lei nem a Defensoria Pública – e a mãe foi levada enquanto eu conversava com a coordenadora do abrigo sobre as questões de sua pasta.

Ainda em 2017, foi feita uma reclamação ao CNJ (Conselho Nacional de Justiça) pela Defensoria Pública da Infância, com o apoio técnico das médicas Sônia e Márcia, que haviam sofrido as perseguições e que ajudaram a fazer a análise dos prejuízos dos abrigamentos para as crianças, além do apoio de várias outras entidades de defesa da mulher. Essa reclamação ganhou força. Enviamos uma carta à ONU (Organização das Nações Unidas) e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos também fez reclamação. Tivemos algumas feitas pela Clínica de Direitos Humanos, outra pelo coletivo Margarida Alves. Foi feita uma grande movimentação e o CNJ respondeu – o que não é usual, pois diversas reclamações da Defensoria já haviam sido ignoradas. Um grupo de trabalho foi criado, com a participação do Ministério dos Direitos Humanos, do Ministério do Desenvolvimento Social, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, do Conselho Nacional do Ministério Público e do Ministério da Saúde. Esse grupo faz reuniões com a Defensoria, com o Ministério Público, com o Judiciário e os movimentos sociais.

O CNJ, então, exerceu o papel de pressionar o Judiciário, evidenciando os absurdos daquela Portaria, e o próprio juiz a suspendeu. Mas, como está suspensa e não foi revogada, essa Portaria é preocupante, pois pode ressurgir. O Ministério Público chegou a enviar outro protótipo de Portaria, ao qual nós fizemos críticas, e foram feitas análises pela Clínica de Direitos Humanos, pelo Polos de Cidadania da Faculdade de Direito da UFMG e pela Defensoria da Infância. Essa Portaria, embora retire as falas preconceituosas, deixa brechas para que as coisas continuem acontecendo exatamente como antes. Esse processo foi acompanhado pelo Tribunal de Justiça, com o qual perdemos um pouco o contato, por terem mudado a gestão e a Corregedoria, então não sabemos o *status* dessa nova Portaria, mas foi o próprio Tribunal que nos chamou a fazer essa manifestação contra ela.

Em 2017, começou uma intensa fiscalização dos abrigos para família, às vezes realizada por funcionários dos próprios abrigos, outras contra o posicionamento dos funcionários desses abrigos. Em algumas situações, o próprio funcionário chegava na Defensoria e dizia que estavam tirando fotos, que determinada situ-

ação estava acontecendo, mas havia também casos em que o próprio funcionário tirava fotos de crianças com perfil de adoção; essa criança ficava visada e a mãe era vigiada.

A Secretária de Assistência Social, durante a fiscalização dos abrigos de família, disponibilizou 40 vagas no programa Bolsa Moradia, que é uma ajuda fornecida à pessoa para ela procurar um lugar para alugar, e essas mães com bebês tiveram prioridade. Muitas delas já estão classificadas para receber o Bolsa Aluguel, mas estão encontrando uma nova dificuldade: não conseguem fiador para alugar o imóvel que ganharam.

Fomos recentemente surpreendidos pela notícia de que o Tribunal de Justiça está fazendo um projeto de internação de mães puérperas e gestantes em centros de tratamento, uma iniciativa do CONEAD (Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas). Isso chegou para nós, do grupo Mães Órfãs, como denúncia de conselheiros ligados à defesa da população em situação de rua e à luta antimanicomial.

As informações sobre esse projeto do CONEAD não existem por escrito. Nós as ouvimos do Tribunal de Justiça, o que gera diversos questionamentos. O projeto supostamente tem nove meses de duração. Nesse tempo a mãe poderá receber visita? Como ela vai sair para fazer os tratamentos de saúde e pré-natal? O que sabemos é que a entrada será voluntária, mas, se a mãe quiser desistir, o filho deverá ficar. Então, esse projeto é mais uma tentativa de tirar essa criança não só da mãe, mas também da vigilância da sociedade, que se recusa a exercer o papel de coadjuvante. Nós somos responsáveis por esses bebês, por essas crianças, como diz o ECA, da mesma forma que o Ministério Público, da mesma forma que o Judiciário, da mesma forma que a família e a escola. Tem toda uma sociedade dizendo que quer assumir a responsabilidade pelo cuidado com essa criança e que é fundamental que ela esteja perto da mãe.

“Nós somos responsáveis por esses bebês, por essas crianças, como diz o ECA, da mesma forma que o Ministério Público, da mesma forma que o Judiciário, da mesma forma que a família e a escola”

Desde o lançamento das recomendações em 2014, foram realizadas inúmeras audiências públicas na Câmara Municipal de Belo Horizonte, na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, na Câmara Federal, além de diversos encontros e seminários em Belo Horizonte, em Minas Gerais e fora do estado. Nós conseguimos diminuir o número de crianças tomadas de suas mães, de pessoas de modo geral atingidas por essa violência, que eu reputo como fascista – porque tirar esses bebês de suas mães é uma conduta fascista –, e avançamos um tanto nessa verdade, mas não o bastante.

“Há um interesse em alimentar uma espécie de mercado de adoção das crianças que preenchem os requisitos para serem adotadas, o que é um evidente recorte de raça”

Nós estamos, o tempo todo, nos defrontando com várias questões, pois, quando encontramos uma solução, eles invertem a forma de ataque, então temos que estar sempre vigilantes, porque há um interesse em alimentar uma espécie de mercado de adoção das crianças que preenchem os requisitos para serem adotadas, o que é um evidente recorte de raça. Nós não podemos deixar de pensar nas mães negras. A maioria dessas mães que têm suas crianças retiradas é negra, além de serem mulheres em situação de rua. Dessas mães, as que têm filhos brancos têm maior chance de ter seu bebê retirado, pois é esse o perfil de adoção preferido.

“Porque, se sabemos que o perfil de adoção é dirigido às crianças brancas, o que está acontecendo com as crianças negras que estão sendo tomadas de suas mães?”

O movimento negro tem reforçado a questão: onde estão essas crianças? Porque, se sabemos que o perfil de adoção é dirigido às crianças brancas, o que está acontecendo com as crianças negras que estão sendo tomadas de suas mães?

Todos nós, que atuamos com a população em situação de rua, muitas vezes, nos deparamos com pessoas que passaram uma vida inteira institucionalizadas e, aos 18 anos, foram simplesmente colocadas para fora sem qualquer referência de família, após crescerem em um ambiente hostil. Alguns abrigos chegam a orientar que não se crie laço com as crianças, mas o que isso quer dizer? Tudo o que essa criança precisa é justamente desse laço, desse colo. Pode não ser exatamente o colo da mãe, mas esse colo é imprescindível, esse amor é imprescindível. Essa criança que cresce absolutamente sem laços é simplesmente abandonada, entregue à própria sorte aos 18 anos de idade. Nessa fase cessa aquilo que eles chamaram de proteção e essa criança cai em um limbo, em um nada absoluto, até ser recolhida pelo sistema carcerário. 🌍

“Essa criança que cresce absolutamente sem laços é simplesmente abandonada, entregue à própria sorte aos 18 anos de idade. Nessa fase cessa aquilo que eles chamaram de proteção e essa criança cai em um limbo, em um nada absoluto, até ser recolhida pelo sistema carcerário”

Referências

MINAS GERAIS. Ministério Público de Minas Gerais. 23a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. **Recomendação no 05/2014**. Belo Horizonte, 2014.

MINAS GERAIS. Ministério Público de Minas Gerais. 23a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. **Recomendação no 06/2014**. Belo Horizonte, 2014.

MINAS GERAIS. Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte. **Portaria no 3/VCIJBH/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 grave suspeita de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Belo Horizonte, 2016.

Como atuar na proteção à maternidade em situação de vulnerabilidade?

Luiz Tokuzi Kohara

Educador popular. Membro do Centro Gaspar Garcia de Direitos Humanos. Atuação: direitos humanos, direito à cidade, moradia, população em situação de rua. Pós-doutorado nas áreas de sociologia urbana na USP e habitação na UFABC.

A primeira coisa a ser considerada, quando falamos sobre a população em situação de rua, é o lugar em que essa população é colocada dentro da sociedade, porque isso é determinante para as políticas sociais, para as mulheres em situação de rua – é determinante em todos os sentidos.

A desigualdade social está presente e ela é estrutural. Mas, além de tudo isso, tem um lugar em que a população em situação de rua é colocada nesse contexto. Se olharmos a partir da economia de mercado, quem é essa população? É uma população descartável. Não é exército de reserva, não é coisa nenhuma. Nós, que trabalhamos com catadores, que geralmente vieram da população de rua, costumamos ouvir que, se a pessoa estiver preocupada com a reciclagem e a resposta for que “alguém da rua vai buscar”, já vai ficar desconfiada. Assim, se pensa na reciclagem, mas não se pensa nas pessoas. Para o mercado, elas são piores que recicláveis, são descartáveis. E, na perspectiva da ideologia, em que cada vez mais caminhamos para um retrocesso, essa população é entendida como desprezível.

As denominações que a imprensa ou que a sociedade dá a essa população são vagabundo, nória, drogado. Todos são tratamentos de desprezo, de total desumanização. E quando pensamos nisso pela lógica social, a visão que temos é de que essas pessoas são irrecuperáveis. Quem atua nessa realidade sempre ouve a seguinte pergunta: “Mas dá para recuperar?”. Isso é só para começar a perceber o lugar em que está essa população. E, conforme o lugar que ocupa, ela é vista e tratada; é o lugar em

que ela também é colocada na política pública. Isso é determinante, tanto que é comum a população em situação de rua dizer: “Não, olha, hoje mandaram eu vir aqui. Deram um papel que é pra ir lá. Outro dia é para vir aqui”. As políticas públicas para essa população funcionam como se fossem um labirinto sem saída. Você anda, anda, anda e sai no lugar errado. Ou, segundo uma lógica etapista, você sobe, sobe, sobe e nunca chega a lugar nenhum.

A pesquisa sobre a questão da moradia, que realizei em quatro cidades do Brasil – São Paulo, Belo Horizonte, Fortaleza e Salvador –, era com pessoas que estavam em situação de rua e então tiveram acesso a moradia. Eram pessoas que estiveram de 1 a 40 anos em situação de rua e também pessoas que tiveram acesso a 1 a 10 anos de moradia. Apesar de o número de homens em situação de rua ser maior do que o de mulheres, nessa pesquisa, temos mais mulheres. Isso porque, mesmo onde havia um casal, quando se trata de uma pesquisa sobre habitação, sobre moradia, se considera que é uma questão para a mulher responder. O acesso aos pesquisados se deu por meio de políticas públicas, mas um percentual de pessoas foi entrevistado por outros meios. Em relação à moradia, o estudo tentou compreender, conforme a localização, a inserção social e a inserção urbana. Existe também um dado que busca desconstruir o mito da inadimplência. Assume-se que a população de rua não vai pagar o aluguel, mas o que observamos foi que a média de inadimplência das famílias que, desde 2012, acessaram o programa Minha Casa, Minha Vida é a mesma da média geral de inadimplência.

As primeiras coisas que começamos a observar depois dessa pesquisa foi o “costume” na moradia. É um mito que vem de preconceito, como se a população de rua estivesse acostumada a viver na rua, logo, não iria se adaptar. E isso não é verdade. Nas entrevistas, a pessoa diz: “Olha, a gente se acostuma a dormir em situações tão ruins... como alguém não vai se acostumar a ter um quarto, uma cama, um banheiro em casa?”. Eu já participei de inúmeros debates, de diálogos na Secretaria, em várias Secretarias de Habitação, e é comum essa afirmação: “A população de rua vai vender e abandonar”. É uma realidade que acontece, mas não é diferente de outros públicos, se olharmos o percentual. Porque, além dessas entrevistas, também fizemos entrevistas com pessoas que deixaram suas moradias, que não pagaram as contas. Esses são preconceitos que vão se construindo, mas que também dão base para a construção de políticas públicas.

“O machismo é muito forte na rua e sua única defesa, às vezes, é o próprio corpo. E não é só defesa; muitas vezes, a pior agressão que ela pode sofrer é o próprio corpo”

As mulheres em situação de rua, muitas vezes, têm outro histórico, outra trajetória e questões sociais que são importantes e devem ser levadas em conta quando se trata dessa realidade. Uma das mulheres, durante a entrevista aqui em São Paulo, disse várias vezes: “Eu tenho um histórico diferente das outras pessoas de rua”. Então, depois da entrevista, por conhecer o entrevistador, ter uma referência, acrescentou: “Minha situação é assim... Quando eu era bem jovem, sofri estupro dentro da minha casa, de um cunhado bem mais velho, e fui pressionada a fazer um aborto. Como eu não quis fazer, minha família me mandou sair de casa”. Então, ela foi para a rua e ali ficou por vinte anos. Teve a filha, que precisou deixar com uma das pessoas da família. Hoje, a moça é adulta, mas ela nunca pôde dizer que é a mãe. Há muitos históricos e agravantes da questão de gênero, do machismo. E, quando chega na situação de rua, isso se agrava, porque o ma-

chismo é muito forte na rua e sua única defesa, às vezes, é o próprio corpo. E não é só defesa; muitas vezes, a pior agressão que ela pode sofrer é o próprio corpo.

“Você imagina, para uma mulher que tem o sono pesado como eu, o que aconteceu nesses vinte e dois anos de rua?”

Para Maria de Lourdes, catadora de papelão e trabalhadora de uma cooperativa, perguntei assim: “O que significou essa moradia?”. Ela respondeu, depois de pensar bastante: “É proteção para o corpo”. E ficou pensando: “Você imagina, para uma mulher que tem o sono pesado como eu, o que aconteceu nesses vinte e dois anos de rua?”. Só essa fala já seria suficiente para pensarmos o que a moradia significa. Hoje ela mora em uma favela mais ou menos estruturada, na região central. Ela contou: “Quando eu mudei para lá, era analfabeta. Hoje eu tô no terceiro colegial”, o que mostra uma grande diferença e dá outro significado para essa questão.

“São múltiplas violações às quais elas estão sujeitas”

As mulheres relatam outras situações, como medo de parir o filho na rua, medo de ser mordida por rato, além de toda a questão da proteção social, da retirada da criança. Mesmo quando você mantém a mãe com o filho, se não dá a solução social de que ela necessita, também a deixa exposta a outros riscos. São múltiplas violações às quais elas estão sujeitas.

E tem todas as outras situações da segurança, que dizem da importância de se ter moradia. No levantamento do Centro Nacional de Direitos Humanos, que está sediado em Belo Horizonte, consta que, em 2017, 122 pessoas da população de rua foram assassinadas. Consta também que os assassinatos ocorreram à noite ou de madrugada, ou seja, na hora em que se teria a proteção da moradia.

Qual é o significado de moradia para essas pessoas? Dignidade e cidadania. Uma das questões fundamentais é a possibilidade de ter um endereço. Poder dizer qual é o seu endereço já oferece certa dignidade, porque não ter endereço é o primeiro passo para a discriminação. A Maria Lúcia, de Salvador, que faleceu em maio, dizia: "Sem moradia as pessoas olham para você como fosse um extraterrestre. Colocar a chave na porta para abrir a porta de casa, ter um lugar para dormir e acordar na hora em que você quiser é mais que um teto, é um sentimento de dignidade. Se você tem uma moradia, a relação com as outras pessoas muda totalmente. Quando morava debaixo do viaduto era vista como mendiga. Hoje a situação é bem diferente. As pessoas dão valor para a gente".

"Não sei onde eu vou dormir, o que eu vou comer. Como eu posso pensar no futuro?"

Várias questões são trazidas. Nós, que temos moradia, depois de um dia de trabalho, pensamos: "Não vejo a hora de chegar em casa e descansar". Para quem não tem moradia, muitas vezes ver chegar a noite é quase torturante, pois se está exposto a todo tipo de risco. Com a moradia, há também a possibilidade de se ter um projeto familiar ou de reorganizar a vida pessoal, a vida familiar.

Quando você tem moradia, tudo muda. Você sabe onde vai dormir naquele dia e no dia seguinte. A neurose do que vai acontecer no dia seguinte não existe mais. As falas dessas pessoas eram as seguintes: "Como é possível a gente falar... muitas vezes, a gente passa nos serviços, e a primeira coisa que elas fazem é o PIC". PIC é o Plano Individual de Cuidado e busca a construção do projeto de vida. No primeiro atendimento, elas dizem que é impossível pensar nisso: "Não sei onde eu vou dormir, o que eu vou comer. Como eu posso pensar no futuro?".

A fala da Sílvia, de Belo Horizonte, que teve acesso à moradia, foi: "A casa trouxe tudo. Posso estar mais próxima dos meus filhos e ter a responsabilidade de cuidar da casa. Com a casa posso ter educação e saúde para os meus filhos e para mim. Quando morava na rua, tive

"Ter endereço de uma casa que não fica debaixo do viaduto dá satisfação para as crianças, porque podem falar para os amigos da escola onde moram e trazer em casa"

que acionar a Justiça para que meus filhos frequentassem a escola, porque não tinha comprovante de residência. Sempre tive o sonho de ter meus filhos estudados para, assim, poder melhorar a vida". Há outros aspectos, em termos de significado, que vão desde poder ter coisas muito simples, como ligar e desligar a televisão, ter um banheiro, descansar na hora que quiser, ter privacidade. Então, as pessoas trouxeram vários sentimentos em relação à mudança que a moradia possibilitou.

E quais foram as mudanças efetivas, além de tudo o que já foi colocado? Uma primeira coisa é a reconstrução dos vínculos – muitas vezes, até a construção, porque há muitos casos de experiências e pessoas que cresceram em instituições e depois foram para a rua, mas nunca tinham tido vínculos familiares. Então, a moradia possibilitou reconstruir as relações, muitas vezes perdidas pela própria situação – porque a própria pessoa não queria ter ou, então, os outros romperam – e que, com a moradia, puderam ser retomadas. "Ter endereço de uma casa que não fica debaixo do viaduto dá satisfação para as crianças, porque podem falar para os amigos da escola onde moram e trazer em casa."

"Muito se diz sobre rompimentos, mas não há o que ser rompido se o acesso não é oferecido"

Os problemas que exigem proteção social não deixam de existir com o acesso à moradia. A discussão que se suscita aqui é que ter moradia não é simplesmente ter quatro paredes e uma chave, isto é, não é uma solução mágica. É necessária uma mudança em relação ao trabalho e à renda, por exemplo. As pessoas em situação de rua estão vivendo em extrema vulnerabilidade social, muitas delas nem tiveram acesso a emprego. Muito se diz sobre rompimentos, mas

não há o que ser rompido se o acesso não é oferecido. Dos 52 entrevistados, 38 estavam com renda regular por terem aposentadoria ou BPC (Benefício de Prestação Continuada), cinco ainda dependiam da ajuda de outras pessoas. Entretanto, a média daqueles que trabalham no mercado formal e no mercado informal não é diferente da média total do Brasil. Se o Estado possibilita acesso e estrutura, as pessoas terão inserção social.

"A moradia traz estabilidade, segurança e mudanças essenciais para a vida dessas pessoas"

Ainda em relação ao trabalho, vimos casos de educadores, de pessoas que participavam de várias atividades de entidades, pastorais, trabalhos sociais. E essa é uma perspectiva de mudança, porque, nos levantamentos das pesquisas, a população em situação de rua, em geral, realiza trabalho braçal. As rendas ainda são baixas, mas essa é uma perspectiva que surge a partir de uma estruturação mais consolidada.

Na medida em que a moradia é adquirida, é possibilitada a melhora também em termos de saúde. Ter um endereço é poder se inscrever no posto de saúde do bairro – apesar de o SUS (Sistema Único de Saúde) ter como princípio a universalidade, o cadastro no sistema se dá em função do endereço. Além disso, muitas pessoas conseguem ter um trabalho regular ou contínuo, mesmo sem ter deixado totalmente o uso de drogas e álcool, apenas reduzindo esse uso. A moradia traz estabilidade, segurança e mudanças essenciais para a vida dessas pessoas.

Em relação à educação, Elisângela é um bom exemplo. Ela morava debaixo do viaduto; com a moradia, depois de doze anos, terminou o curso de Direito. Então, vemos que a partir da estabilidade, surgem outros caminhos e possibilidades. É aquilo que se diz sobre a pobreza ser a falta de oportunidade de desenvolver capacidades.

A habitação é extremamente difícil de conquistar. Existe um déficit de quase sete milhões, e, mesmo com o programa Minha Casa, Minha Vida, que produziu quatro milhões de unidades habitacionais no Brasil, esse déficit para a popu-

lação de menor renda aumentou. Essa situação faz parte da lógica da estrutura da cidade, que gera exclusão, pois passou a ser não um espaço do mercado, mas a própria mercadoria. Existem vários mecanismos que geram exclusão, mas é importante perceber que a estrutura da cidade reproduz a desigualdade e a exclusão.

Discutir a questão da moradia é fundamental no sentido em que, antes de mais nada, é preciso mudar a forma da política pública de habitação para a população de baixa renda e, principalmente, para a população em situação de rua. A moradia tem que ser tratada como um serviço público, e não como mercadoria – quando o órgão público produz habitação, oferece uma mercadoria à pessoa, quando, na verdade, isso deveria ser um bem social. A habitação passa a ter um valor econômico, financeiro, que nem sempre é possível sustentar e, por vezes, é a própria valorização que impede que a pessoa se mantenha lá.

A concepção de moradia deve mudar no sentido de como são os outros serviços sociais. Deve ser um serviço perene, a que a pessoa terá acesso independentemente do acesso ao direito à propriedade. Essa é uma forma de assegurar que as pessoas se estabilizem na moradia, como proposto pelos programas de locação social e outros serviços de moradia social, que têm avançado cada vez mais em debates sobre habitação.

Outra questão é se a moradia deve ser a primeira base quando se fala da população em situação de rua. Nos Estados Unidos, no Canadá e em vários países da Europa, o Housing First é um programa que garante a moradia como primeiro passo, independentemente da gravidade da situação ou da fragilidade em que a pessoa se encontra. Ela acessa a moradia e, a partir dela, discutem-se saúde, trabalho, assistência social e outras necessidades essenciais. Está provado que essa forma de acesso é mais eficaz e mais eficiente, mas é preciso mudar a concepção que se tem sobre essas pessoas, sobre o lugar que é entendido como sendo delas. É preciso reconhecê-las como qualquer outro cidadão, o que muda a lógica das nossas políticas sociais.

Outra questão que atravessa a diferença das pessoas que mantiveram ou não a moradia e também as mudanças a partir do acesso à moradia é a do trabalho pré-morar e pós-morar, por-

que isso é essencial. A pessoa que está em situação de extrema fragilidade não vai se mudar de um dia para o outro por ter uma chave, porque acessou a moradia. Ela precisa de apoio contínuo até que possa se estruturar cada vez mais e ter acesso às necessidades essenciais que estão previstas no artigo 6º da Constituição.

Durante a criação do programa de locação social em São Paulo, em 2002, entramos em contato com implantações de programas similares em Paris, na França e em Turim, na Itália. Nesses programas, o primeiro contrato de locação social era de nove anos, porque eles tinham um estudo que mostrava que qualquer pessoa, para poder se estruturar, precisa desse tempo. Aqui no Brasil, é muito comum que os programas para populações em situação de rua vão de seis meses a um ano. Passado esse tempo, entendem que não deu certo, que investiram e as pessoas não se interessaram – outra forma de culpabilização e criminalização a partir de políticas não pensadas a partir da realidade.

Por fim, a intersetorialidade é fundamental em termos de trabalho social. Em todos os lugares a que já fui e que conheço, existem boas intenções nesse sentido. Os programas estão todos escritos de forma que seu funcionamento seja baseado na intersetorialidade, mas, na prática, essa intencionalidade se torna irreal. Às vezes, um grupo da Assistência Social funciona bem, mas não está articulado com a Saúde; noutras, o grupo da Saúde está empenhado, mas não está articulado com outros serviços. E, como não é parte da própria política, depende-se de profissionais mais comprometidos. 🌐

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002. 320p.

Patrick James Reason

Engenheiro e teólogo inglês naturalizado brasileiro. Fundador e gestor da OSC Encontro com Deus, que realiza o acolhimento de crianças e suas mães no município de Curitiba/PR. Conselheiro do CMDCA e Presidente do CMAS de Curitiba. É secretário nacional do Movimento Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária. Participou da elaboração do diagnóstico da situação de crianças e adolescentes de Curitiba. Tem realizado várias palestras e contribuído na elaboração de políticas públicas no tema família, crianças e adolescentes no Brasil.

Durante minha trajetória no Brasil, que começa em 1997, como vários estrangeiros fazem, fui voluntário em um orfanato pensando que estaria contribuindo para ajudar as crianças naquele espaço. Entretanto, me deparei com realidades que eu não imaginava em dois dos orfanatos que conheci, e acredito que ainda estou ajudando a pensar sobre essas questões.

O primeiro caso foi em um orfanato de cem crianças em Curitiba. Eu conheci um menino que era considerado o garoto mais impossível do lugar: ele fugia, subia nas paredes, etc. Descobri que ele era o único órfão dali. Então, a primeira coisa que confrontei, dentro de um orfanato, é que ali havia apenas um órfão. A segunda coisa foi a fila de mulheres que visitavam os filhos, sobrinhos e netos, principalmente no sábado de tarde. Eu perguntei: “Tem alguém trabalhando com essas mulheres?”, e no orfanato disseram: “De jeito nenhum. Nós já temos muito a ser feito, não temos recursos para cuidar das crianças, que dirá das famílias”.

A partir dessas duas experiências, compreendi a necessidade de desenvolvermos um serviço que hoje chamamos de Acolhimento Conjunto. Porque, para falarmos de uma proteção integral, de uma proteção social de fato, precisamos de políticas que abarquem a infância e a maternidade de forma conjunta – não tem como separar essas questões. A criança tem o direito de saber de onde vem, o direito à sua história, o direito de ter afeto, o direito à afetividade, o direito a ter vínculos.

É preciso olhar para a necessidade de promover uma infância saudável a partir do acesso

“Depois de vinte anos trabalhando com esse público, entendo que o vínculo materno é a maior força que existe nesta criação, neste cosmos, e nós temos que usar e abusar do poder que está nesse vínculo, aproveitar isso”

à afetividade. Claramente, isso nem sempre é possível por meio do vínculo com a mãe biológica, mas, depois de vinte anos trabalhando com esse público, entendo que o vínculo materno é a maior força que existe nesta criação, neste cosmos, e nós temos que usar e abusar do poder que está nesse vínculo, aproveitar isso.

Eu posso contar diversas situações e histórias de mulheres que se reinventaram, entendendo seu próprio valor a partir do valor da maternidade, do novo começo, dessa gestação. Essa força, muitas vezes, tira uma pessoa da dependência, das dificuldades de saída da dependência de substâncias psicoativas. E sabemos que não é fácil sair de uma situação de dependência química, mas a maternidade é uma força muito grande; se é dado um ambiente propício ao cuidado, à dignidade, à potencialidade a partir de forças que estão nesse vínculo, pode se manifestar muito fortemente e oferecer muitos espaços.

Em Curitiba, o Judiciário é extremamente conservador e, para lidar com esse conservadorismo – e minha experiência de vinte anos na área

sustenta isso –, é necessária a oferta de serviços concretos que disponibilizam uma opção para o profissional, para o juiz e para a pessoa que está em situação de risco. É preciso apresentar uma contraproposta ao acolhimento institucional para casos em que não foi feito o pré-natal, em que não há moradia fixa, em que não sabemos do cenário de vida daquela mãe. E essa contraproposta deve oferecer segurança, outra possibilidade. Proteção é poder olhar, de fato, para o que essa criança e essa mãe precisam.

O Judiciário também quer saber de quem é esse bebê e exerce controle pleno sobre a criança em situação de medida de proteção. Entretanto, outras possibilidades são ofertadas quando se assumem as fragilidades, e uma equipe é colocada a serviço dessa família para fortalecer os vínculos. Em alguns momentos, a mãe pode até mesmo considerar que não dá conta da maternidade, e essa será uma escolha dela, não de um juiz.

“Existem casos que possibilitam a reconstrução de vínculos familiares anteriores a partir do cuidado com a gestação atual, em que é concedida à família uma alternativa de recomposição”

A construção do PIA (Plano Individual de Atendimento) ou do PIFA (Plano Individual Familiar de Atendimento), como chamamos, é feita em conjunto com essa família. Existem casos que possibilitam a reconstrução de vínculos familiares anteriores a partir do cuidado com a gestação atual, em que é concedida à família uma alternativa de recomposição. Muitas das mulheres que estão conosco são a segunda geração das crianças que foram institucionalizadas, e nós temos que entender que a ausência de convivência familiar comunitária para uma criança, muitas vezes, leva a uma dificuldade de convivência social.

Nós precisamos de serviços que ofereçam um atendimento no qual a mulher e seu filho possam ser atendidos com dignidade. Isso não é impossível, não é difícil. Nosso serviço é

híbrido. Trata-se de um acolhimento familiar e, por isso, possibilita que levantemos dados de diferentes públicos que, geralmente, não estão expressamente tipificados, e os nossos debates e reflexões partem disso. É necessário o investimento em qualquer oportunidade de fortalecimento de vínculos. 🌱

“Nós precisamos de serviços que ofereçam um atendimento no qual a mulher e seu filho possam ser atendidos com dignidade”

Referências

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2014

Pela Casa da Gestante, até agora, passaram 54 mulheres, sendo sete puérperas, que vieram encaminhadas da maternidade. Quarenta e seis estavam gestantes e havia uma moradora fora do perfil que foi encaminhada para lá. Com essas mulheres, atendemos 43 crianças: eram 32 bebês, seis crianças que foram encaminhadas com as puérperas e 26 bebês que nasceram acompanhados na Casa da Gestante. Havia também onze crianças de até seis anos que foram acompanhadas.

A maioria das mulheres está na faixa dos 18 aos 30 anos de idade. O motivo de entrada na Casa, na grande maioria dos casos, é o uso de substância psicoativa, mas há também casos de situação de rua e de situação de rua com o uso de substância. E, em alguns deles, o motivo foi alguma situação de violência – em sua grande maioria, violência de gênero – ou alguma questão de saúde mental.

A partir da entrada na Casa, cem por cento das gestantes passou a realizar o pré-natal. O tipo de parto é equilibrado: a maioria foi de partos normais, mas também houve muitas cesáreas. Dos 32 bebês atendidos, 26 nasceram dentro do tempo, a termo, e apenas seis foram prematuros; nove bebês nasceram com baixo peso e todos foram atendidos e cuidados pelas maternidades, passaram por alguma internação para que tivessem ganho de peso e recebessem o cuidado necessário.

O aleitamento materno foi oferecido para todos os bebês, exceto um, cuja mãe é portadora do vírus HIV, então ela não pôde amamentar. Em apenas onze casos foi necessário o comple-

mento da fórmula láctea. E, do total, cinco bebês passaram pelo tratamento de sífilis e não apresentaram complicações. Eles passaram por todo o acompanhamento, pela internação, tomaram a medicação e, hoje, não têm mais nenhum resquício da doença.

“No acompanhamento pós-Casa, conseguimos manter contato com a maioria das mulheres; a Casa da Gestante se torna uma referência para elas”

Dos desligamentos das moradoras que já passaram por lá, 45 mulheres já foram desligadas da Casa; 16 ainda estavam lá durante a gestação; seis solicitaram desligamento e foram para a casa dos companheiros ou de algum familiar; dez evadiram no início da gestação – percebemos que é mais difícil para elas se manterem na Casa nesse período. Ao entrar no fim da gestação, a partir da trigésima semana, faz mais sentido para essas mulheres estar na Casa e ali permanecer até o nascimento do bebê.

No acompanhamento pós-Casa, conseguimos manter contato com a maioria das mulheres; a Casa da Gestante se torna uma referência para elas. Das 43 crianças atendidas, 38 foram desligadas na alta da mãe; dessas, 26 saíram na companhia das mães, duas foram residir com as avós, outras duas foram para adoção por escolha das mães, sendo uma direto da maternidade, e oito delas foram acolhidas no

momento de alta da Casa da Gestante. Desses oito acolhimentos, quatro ocorreram a partir de um pedido das mães, como um tempo para que elas se reorganizassem – duas delas abandonaram o serviço e deixaram as crianças lá; duas foram acolhidas por determinação judicial, por situações anteriores à Casa da Gestante. Antes da existência da Casa da Gestante houve 18 acolhimentos de bebês direto da maternidade, e, desde sua inauguração, 32 acolhimentos puderam ser evitados: o de todos os bebês a que a gente atendeu.

“Antes da existência da Casa da Gestante houve 18 acolhimentos de bebês direto da maternidade, e, desde sua inauguração, 32 acolhimentos puderam ser evitados”

Os desafios que percebemos, a partir da experiência da Casa da Gestante, incluem a construção dessa política pública, que é uma das únicas que conhecemos nesse perfil, por não termos onde nos basear e no que nos basear. Nesse sentido, o alinhamento da equipe em relação à estigmatização da sociedade nessa temática é também uma dificuldade, principalmente nas questões relacionadas a como trabalhar a redução de danos, com diferentes crenças, além de toda a concepção da mãe ideal, de como ser mãe dentro desse contexto. No pós-Casa, há também o questionamento de como trabalhar, por exemplo, com o companheiro que comete violência, como incluí-lo na Casa da Gestante?

“Os desafios que percebemos, a partir da experiência da Casa da Gestante, incluem a construção dessa política pública, que é uma das únicas que conhecemos nesse perfil”

Além disso, a porta de saída é outra dificuldade, pois, para construir essa saída, é necessário pensar em rede o projeto fora da Casa.

Por mais que acompanhem por seis meses, é um tempo muito curto para a situação de vulnerabilidade que essas mulheres vivem. Atualmente, estamos trabalhando com o planejamento familiar, que se mostra como um trabalho efetivo e que tem feito sentido para a Casa da Gestante. 🙌

“A porta de saída é outra dificuldade, pois, para construir essa saída, é necessário pensar em rede o projeto fora da Casa. Por mais que acompanhem por seis meses, é um tempo muito curto para a situação de vulnerabilidade que essas mulheres vivem”

Mestra em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Pós-graduada em Dependência Química (Unifesp) e Psicoterapia Analítica de Grupo (SPAG). Bacharela em Psicologia pela Universidade São Francisco. Atualmente, é diretora do Departamento de Proteção Social Especial da Unidade de Gestão e Assistência Social da Prefeitura de Jundiá, com direção de serviços para pessoas em situação de rua; mulheres vítimas de violência doméstica; famílias em situação de violência. Presidente do COMAD (Conselho Municipal Antidrogas) de Jundiá (2018-2020). Trabalhou por sete anos como psicóloga da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, onde atuou na área da infância e da juventude, criminal e de família. Foi articuladora da Comissão Flores de Lótus (rede intersetorial de mulheres gestantes usuárias de álcool e outras drogas e/ou em situação de rua). Tem experiência nas áreas de Psicologia Jurídica, Clínica e Social.

Existe uma sobreposição de estigmas, de violências, que envolvem o ser mulher, essas relações desiguais que já estão dadas na nossa sociedade, essa assimetria de direitos, as violências de gênero, violência estrutural, da pobreza, da exclusão social. O episódio da gravidez na vida de uma mulher significa sair de uma invisibilidade social e passar para uma supervisibilidade de vigilância.

“O episódio da gravidez na vida de uma mulher significa sair de uma invisibilidade social e passar para uma supervisibilidade de vigilância”

O uso de drogas estigmatiza essas mulheres como mais negligentes, mais agressivas, mais promíscuas e como tendo falhado no desempenho do papel de mulher e no papel materno. Estar em situação de rua, o que pode vir ou não acompanhado do uso de drogas, pode ser entendido como proteção ou como violência. Nas áreas da Assistência Social e da política, muitas vezes, a oferta do serviço chega com a intencionalidade da proteção, com a saída da rua, mas nem sempre isso significa proteção para essa mulher; pode ser uma ação violenta contra ela. Às vezes, o arranjo que ela tem na rua é o que implica mais proteção para ela naquele momento, talvez seja melhor do que um abrigo, ainda que ela esteja exposta a outras violências, o que é muito comum. As ações que forem realizadas de maneira automática, sem uma construção de sentido, não serão efetivas.

“As ações que forem realizadas de maneira automática, sem uma construção de sentido, não serão efetivas”

Essa vigilância, essa tecnologia de poder, parte do pressuposto de um sistema que está querendo atestar a incapacidade dessa mulher de ser mãe, sistema que julgo ser mais cruel e mais rígido do que a própria justiça criminal, porque, para esta, a pessoa precisa ter cometido um crime para ser processada e, eventualmente, condenada, tem direito a defesa. E, no caso da Justiça da Infância e da Juventude, ela avalia uma intenção, um risco, uma probabilidade muito subjetiva, antes mesmo de essa criança nascer.

“No caso da Justiça da Infância e da Juventude, ela avalia uma intenção, um risco, uma probabilidade muito subjetiva, antes mesmo de essa criança nascer”

Entre as várias tecnologias de poder, o biopoder atua como o controle do corpo-mulher, o controle da mulher como espécie, da reprodução, da sexualidade dessa mulher. É um poder soberano, porque ela está exposta à morte, isto é, se essa mulher passou uma vida inteira sofrendo violência estrutural, exposta a uma série de riscos, à

“Se essa mulher passou uma vida inteira sofrendo violência estrutural, exposta a uma série de riscos, à violação de direitos, e não recebeu resposta nem assistência, ela está exposta à morte”

violação de direitos, e não recebeu resposta nem assistência, ela está exposta à morte.

Um bom exemplo dessa colocação é uma figura do Direito romano, que é o *Homo Sacer*. Pessoas que cometeram algum crime e que eram condenadas e expostas à morte no seguinte sentido: se alguém encontrasse essa pessoa e a matasse, não responderia pelo homicídio. Então, ela estava viva, mas sujeita a morrer a qualquer momento. E o que ele pondera é: que vidas elegemos na nossa sociedade que são dignas de serem vividas? Em que vidas investimos de fato?

“Que vidas elegemos na nossa sociedade que são dignas de serem vividas? Em que vidas investimos de fato?”

No contexto da maternidade estamos investindo na vida do bebê. Elegemos essa vida como sagrada, mas a vida da mulher é eleita como uma vida indigna – o único interesse é na proteção desse bebê. E essa concepção atravessa todas as práticas, por isso é tão difícil construir um cuidado que seja mais responsável. O título da minha dissertação de mestrado é “Labirintos de vida de mulheres grávidas”, porque é exatamente isso: o cuidado é um labirinto.

“No contexto da maternidade estamos investindo na vida do bebê. Elegemos essa vida como sagrada, mas a vida da mulher é eleita como uma vida indigna”

Em Jundiá, não existe uma Casa da Gestante. Um trabalho similar é realizado pela Comissão Flores de Lótus, que organiza o cuidado para mulheres grávidas em situação de rua e/ou em uso de drogas. Quando iniciei meu trabalho na Defensoria, pensei que seria o momento de articular e colocar em prática aquilo que, na Comissão Flores de Lótus, entendemos como o mais adequado e me deparei com uma série de desafios.

O Centro Pop, que é o Centro de Referência Especializado da Assistência Social de Jundiá para a população em situação de rua, recebe em torno de quatro mil reais *per capita* para adultos ou família e três mil reais *per capita* para crianças. Então, se for feito separadamente o acolhimento de uma mulher em situação de rua e da criança em outro serviço de acolhimento, o montante é de cerca de sete mil reais. O que propusemos foi um reordenamento da Rede Rua, no sentido de fazer melhor gestão dos recursos, porque o incremento orçamentário da Assistência Social, naquele momento, não foi possível, mas podia ser feita uma gestão melhor e mais eficaz dos serviços, que, por sua vez, podem oferecer resultados melhores.

“A saúde da mulher e da criança deve ser sempre com o ‘e’, nunca com ‘ou’. Não são direitos concorrentes, são direitos complementares. Os direitos humanos não são divisíveis”

A Comissão Flores de Lótus começou como ordenadora do cuidado para pensar fluxos e discutir casos. Conta com representantes da Assistência Social, da Saúde, do Judiciário, do Conselho Tutelar e foi articulada pela Defensoria Pública. Nas três etapas da gestação – pré-natal, parto e nascimento –, destacamos o parto e o nascimento porque era neles que acontecia uma série de violações de direitos, isto é, na maternidade. Isso quando a mulher não resolve ter o filho em outras circunstâncias porque sente que estar na maternidade é um risco.

A saúde da mulher e da criança deve ser sempre com o “e”, nunca com “ou”. Não são direitos concorrentes, são direitos complementares. Os direitos humanos não são divisíveis. Foi a partir dessa premissa que a Comissão se estruturou. Ela

está formalizada no município por meio de Portaria, o que foi um respaldo importante perante o Judiciário, o Ministério Público e a própria rede. Atualmente, a discussão de casos é feita a cada quinze dias, além das reuniões microrrede. A organização para a otimização desses encontros envolve disponibilizar os materiais com antecedência, como se fossem um prontuário compartilhado para as pessoas que estão na comissão.

Além dessas reuniões, existem as subcomissões. Entendendo a importância da produção de dados da realidade, com desfechos dos casos e informações relevantes, foi criada uma subcomissão de Fluxos e Dados. Por exemplo, a partir do momento em que a criança nasceu, qual foi o desfecho? Ela saiu da maternidade com a família? Com a mãe? Com o pai? Com a família extensa? Teve acolhimento? Foi família acolhedora? Foi acolhimento institucional? Foi guarda para a família extensa? Qual foi o desfecho daquela situação? Então, essa subcomissão cuida desses dados e da revisão dos fluxos do município.

Outra subcomissão é a que chamamos de Planejamento Familiar, proposta para acompanhar o pós-parto. Por conta do número enxuto de recursos humanos, percebemos que o pré-natal e o nascimento exigiam muita atenção e que o pós-parto não era abarcado. Em algumas situações, anteriormente, nós fazíamos alguns arranjos: a mulher era referenciada no serviço de assistência e/ou de saúde, mas isso acontecia de forma temporária, pois ela acabava sendo capturada por outras dificuldades do processo. Então, foi necessária a formação dessa subcomissão para que o acompanhamento dessas mulheres fosse uma prioridade.

Existem também a subcomissão de Profissionalização e a de Eventos. A primeira, de nome temporário, segue a linha da geração de renda e teve parceria com cursos descentralizados no município – esses cursos eram abertos, inclusive, para os companheiros dessas mulheres, quando os dois procuravam manter a relação. A segunda busca educar para os direitos e divulgar os trabalhos – por mais que Jundiá seja uma cidade pequena, os eventos precisam de boa divulgação para alcançar o público. Essa subcomissão é responsável pela reunião geral de discussão de casos, pois, às vezes, os profissionais mudam de serviço e os fluxos, combinados precisam ser repactuados.

A planilha que a Comissão utiliza para a tabulação de dados, principalmente para elaborar o projeto terapêutico e para condensar as infor-

mações, conta com o nome da mulher, apelido, idade, data da primeira abordagem, qual foi o serviço que abordou, território de abordagem, idade gestacional, a data de previsão de parto, a UBS e maternidade referência, dados do companheiro ou suposto pai, dados da família extensa, desfecho pós-nascimento, número de processo, quando houver, e planejamento familiar.

O número de acolhimentos institucionais durante o período da pesquisa, em 2015 e 2016, foi de 35 crianças, que é considerado um número grande. O que a Comissão conseguiu ampliar, sem ter uma Casa da Gestante no município, foi a questão da família extensa, de começar a trabalhar com essa família já no momento da gestação, o que, acredito, é uma vocação da política da Assistência Social.

Em relação à Assistência Social, é necessário fazer um adendo. É um desafio a cisão que ocorre entre os serviços. Por exemplo, a Assistência Social considera que usuários de drogas são demanda apenas da Saúde, embora a população em situação de rua deva ter vaga na Assistência. Houveram situações em que a pessoa em situação de rua estava na casa de passagem e, depois, ia para um abrigo institucional, e os técnicos diziam que ela não deveria estar lá, baseando-se em regras muito rígidas dos serviços de acolhimento que não estão conectadas com a vida, com a realidade.

Foi pautada em rede a necessidade de um serviço híbrido, de um serviço saúde e assistência que ofereça um acolhimento conjunto. É algo que estamos buscando no município, porque as trajetórias das pessoas acabam se alternando entre essas duas demandas e muito se perde no caminho, como no caso da tipificação da Assistência Social, que foi um avanço na área. Mas existem pontos que não são tipificáveis, a vida não é tipificada.

A Comissão Flores de Lótus conseguiu ampliar a capacidade de acolhimento e da rede de apoio da família extensa. Além disso, nos últimos dois anos, houve redução do acolhimento institucional, privilegiando o encaminhamento dos casos de determinação judicial para o Família Acolhedora. Esse caminho também é complexo, pois considera-se que esse programa é a melhor alternativa ao se pensar na primeira infância; contudo, o aleitamento, por exemplo, nem sempre é possibilitado, pelo fato de a frequência de visitas da mãe ser dificultada.

“O desafio é superar a esfera individual dos casos, pois a luta é pelo reordenamento da política pública”

Nesse sentido, estamos buscando fortalecer o Família Acolhedora, ampliando a equipe para ter mais oportunidade de visita, porque, antes, o acolhimento institucional estava virando uma forma de vigiar essa mãe e avaliar o quanto ela estava se mobilizando apenas com base no número de vezes que fosse visitar a criança. Então, se essa é a forma de avaliação, lutamos pela ampliação do Família Acolhedora para a excepcionalidade e a provisoriedade que deve ser o acolhimento da criança e do adolescente.

O desafio é superar a esfera individual dos casos, pois a luta é pelo reordenamento da política pública, das ofertas à população, do quanto seria diferenciado ter um serviço que faz um acolhimento conjunto, por exemplo. Com os recursos que nos são dados hoje, a mulher está com o filho em um serviço de acolhimento para a população de rua. Isso não é o ideal, mas fizemos arranjos; é o que é possível e que está preservado.

Em Jundiaí, nós fizemos uma escolha: mandar um relatório de rede, construído com a mulher, para o Conselho Tutelar e para a maternidade com 30 a 32 semanas de gestação, apresentando uma proposta para esse caso. A ideia é se antecipar ao evento do nascimento. Essa não é uma situação ideal, é uma escolha; o ideal seria se não precisássemos apresentar esse relatório. Mas é uma forma se precaver de uma decisão atravessada por diversos entraves e é a prova de que temos um plano para essa mãe e para essa criança.

Dentro dessa complexidade do exercício da maternidade, o que o SUAS (Sistema Único da Assistência Social) pode oferecer? O que eu mais ouço falar dentro da Assistência Social é sobre vínculo, vulnerabilidade, família, violação de direitos, proteção especial. Esses tópicos todos envolvem essas mães. Essas mulheres têm questão de rompimento de vínculo ou de um vínculo mais fragilizado, estão em vulnerabilidade, estão em violação de direitos, então, com certeza, também é um trabalho do SUAS.

Por fim, alguns questionamentos surgem porque essas mulheres são representativas do

“Que vidas hoje elegemos como indignas ou dignas de serem vividas e quanto o Estado investe, até financeiramente, na defesa dessas vidas? Meu desejo é que todas as mulheres tenham a oportunidade, o direito garantido, se elas quiserem ser mães. Se elas quiserem exercer essa maternidade, que elas tenham essa oportunidade e não sejam consideradas indignas disso”

que vem acontecendo na nossa sociedade. Então, é importante pensar: que vidas hoje elegemos como indignas ou dignas de serem vividas e quanto o Estado investe, até financeiramente, na defesa dessas vidas? Meu desejo é que todas as mulheres tenham a oportunidade, o direito garantido, se elas quiserem ser mães. Se elas quiserem exercer essa maternidade, que elas tenham essa oportunidade e não sejam consideradas indignas disso. 🙏

Referências

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002

Realização:



Conselho
Regional de
PSICOLOGIA SP