

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Gabriela Maciel dos Reis

**MÃES ÓRFÃS: cartografia das tensões e resistências ao abrigamento  
compulsório de bebês em Belo Horizonte.**

Belo Horizonte

2019

Gabriela Maciel dos Reis

**MÃES ÓRFÃS: cartografia das tensões e resistências ao abrigamento compulsório de bebês em Belo Horizonte.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alzira de Oliveira Jorge.  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Mariângela Leal Cherchiglia.

Belo Horizonte

2019

Reis, Gabriela Maciel dos.  
R375m Mães órfãs [manuscrito]: cartografia das tensões e resistências ao abrigamento compulsório de bebês em Belo Horizonte. / Gabriela Maciel dos Reis. -- Belo Horizonte: 2019.  
175f.: il.  
Orientador (a): Alzira de Oliveira Jorge.  
Coorientador (a): Mariângela Leal Cherchiglia.  
Área de concentração: Epidemiologia.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Judicialização da Saúde. 2. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 3. Modelos Organizacionais. 4. Assistência Integral à Saúde. 5. Direitos Sexuais e Reprodutivos. 6. Dissertação Acadêmica. I. Jorge, Alzira de Oliveira. II. Cherchiglia, Mariângela Leal. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 310

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

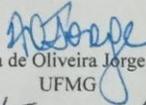
## FOLHA DE APROVAÇÃO

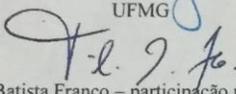
**MÃES ÓRFÃS: Cartografia das Tensões e das Resistências ao Abrigamento Compulsório de Bebês em Belo Horizonte.**

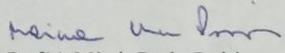
### GABRIELA MACIEL DOS REIS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2019, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Túlio Batista Franco – participação por videoconferência  
UFF

  
Prof(a). Márcia Rocha Parisi  
Prefeitura de BH- Secret. Municipal Saude

Belo Horizonte, 19 de fevereiro de 2019.

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitora**

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

### **Vice-Reitor**

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

### **Pró-Reitor de Pós-graduação**

Fábio Alves da Silva Júnior

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Humberto José Alves

### **Vice-Diretora**

Profa. Alamanda Kfoury Pereira

### **Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenadora**

Prof.<sup>a</sup> Eli Iola Gurgel Andrade

### **Subcoordenadora**

Prof.<sup>a</sup> Luana Giatti Gonçalves

### **Colegiado**

Prof.<sup>a</sup> Luana Giatti Gonçalves – Titular

Prof.<sup>a</sup> Eli Iola Gurgel Andrade – Titular

Prof.<sup>a</sup> Mariângela Leal Cherchiglia – Titular

Prof.<sup>a</sup> Sandhi Maria Barreto – Titular

Prof.<sup>a</sup> Waleska Teixeira Caiaffa – Titular

Prof.<sup>a</sup> Ada Ávila Assunção – Titular

Thais Piazza de Melo (representante discente – doutorado)

Nathália Pacífico de Carvalho (representante discente suplente – mestrado)

*Á Rosimeire Silva (in memoriam),  
por sua toda sua potência e por sua presença nessa resistência.*

## AGRADECIMENTO

*“Ou – amigo – é que a gente seja, mas sem precisar de saber o por  
que é que é”.*  
(João Guimarães Rosa)

Tenho muita gratidão por esta oportunidade de estar nesse programa de mestrado e com essas pessoas. Foram dois anos de muito aprendizado, alguns conflitos e muita resistência. É difícil nomear todos e todas que estiveram comigo ou influenciaram para que eu viesse até aqui, mas me aventuro nessa tarefa, mesmo sabendo que não vou conseguir nomear todas.

Fui uma das primeiras da minha família a acessar a universidade e a única, até hoje, a acessar essa pós-graduação. E sei que isso só foi possível graças aos governos Lula e Dilma que priorizaram o investimento na educação e possibilitaram o acesso a universidade de uma classe que nunca esteve aqui. Reconheço que se não fosse o enfrentamento feito no governo deles, do acúmulo e luta do movimento estudantil e de outros militantes da educação nada disso seria possível. Por isso Gratidão a toda essa gente que militou para garantir esse direito.

Gratidão também aos orixás que permitiram que eu permanecesse em pé, mesmo com as diversidades do caminho.

Agradeço às pessoas que caminharam comigo nesta trajetória e não soltaram minha mão:

À Rosimeire Silva, a “Rose”, por seu pioneirismo, sua ousadia, sua inventabilidade, seu comprometimento com os usuários do SUS, com o nosso sistema de saúde, com a luta antimanicomial, com uma sociedade justa e antiproibicionista. Pela potência das suas ações e reflexões que geraram e geram ruídos para fortalecer a resistência sanitarista. Esta pesquisa é sua e gratidão por me emprestar parte dela.

À Alzira por ter confiado parte desta pesquisa para que pudesse conduzir, pela liberdade, pela confiança, por não ter desistido de mim. Agradeço também por toda a sua potência e por me inspirar sempre enquanto profissional pesquisadora e militante do

SUS.

À Mariângela, por ter me acolhido no programa de saúde pública e me direcionar para a pesquisa qualitativa. Obrigada também pela inspiração, pelos abraços e pela militância.

Ao Túlio Franco, pela inspiração que ele é como professor, como pesquisador e como militante. Agradeço também pela disponibilidade em compor essa banca.

À Márcia Parizzi por todo seu comprometimento com a saúde pública e por toda a sua resistência ao abrigamento compulsório. Obrigada pela disponibilidade de estar nessa banca.

À Érica Dumont e a Maria Odete pelas contribuições durante a banca de qualificação.

À CAPES por um ano de bolsa de estudo.

Ao Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG, pela oportunidade, pelas pesquisas, pelo engajamento, pelas reflexões, pelas produções.

Ao Daniel, à Mônica, à Adriana, à Cris, à Laura, à Regina, à Nathalia, a D'ajuda, à Roseli, ao Ricardo e a todos e todas que compõem o observatório e fizeram parte desta pesquisa.

Às amigas que fiz durante o mestrado, a Ana Pauferro, a Fernanda Garrides, a Dayanna de Castro, a Dani Pena, as Marianas, a Rayce, a Fernanda Mendonça, ao Luiz Edmundo e ao Hugo.

Às amigas que fiz na residência e estiverem muito presentes nessa trajetória a Fabi Ramos, a Aline Silvestre, a Amanda Monteiro e a Vivi Coelho.

Aos companheiros do Movimento estudantil, ao Jacaré por ter me convencido a me engajar no Movimento Estudantil, a Clarisse Paradis e a Dehonara por ter me trazido para o feminismo, Aninha Pimentel por ter me trazido para militância da Saúde Pública.

À Moara Saboia por toda amizade, solidariedade e companheirismo.

À Núbia Vieira por andar comigo desde quando me conheço por gente, por ser essa força, poesia e inspiração.

Ao Ronei Sampaio amizade e pela disponibilidade em fazer as ilustrações dos capítulos

À Ana Luiza pela revisão do texto.

À Carol, Rachel, Amandas (Thomas e Viana), Sabrina, Mara, Paola e Gabi, amigas de caminhada, por terem me ouvido e me acolhido sempre.

Ao VER-SUS que me capturou para militar e trabalhar pelo Sistema Único de Saúde.

À Manu Matias e à Laís Relvas minhas amigas-irmãs que o VERSUS me trouxe e ainda continuamos com muitas parcerias na vida, na ANPG, no Adelante, nas Adelaides. Não fizemos mestrado juntas, mas seguimos caminhando de mãos dadas.

A Alguns professores da minha educação básica que marcaram minha vida e me inspiram sempre, em especial a Deuzana, Zélia, Vanilda, Paulo Vicente e Paulo Magno,

À Mônica e Bárbara minha primas-irmãs que estão sempre comigo, obrigada por atravessarem comigo os momentos mais importantes da minha vida.

À Tia Marina e à Tia Aparecida, obrigada pelo apoio e pelas orações.

À Marilena Cunha (*in memoriam*) que me incentivou a fazer a residência e o mestrado.

Ao meu pai (*in memoriam*), meus irmão e sobrinhos pela referência e por eu saber que sempre posso contar por vocês. À Claudia “Dinha”, minha irmã mais velha, que se desdobrou a vida inteira para que eu pudesse acessar coisas que ela nunca acessou, ao Gabriel “Bebel” por toda solidariedade e presença em todos os momentos da minha vida; ao Rafael pelo seu entusiasmo e incentivo.

Ao João, meu filho, por esses quase 4 anos de trajetória junto comigo. Perdemos muitas oportunidades de estar juntos pela residência e pelo o mestrado mas agora está acabando e “partiu brincar” (risos).

À rede de apoio que permitiu essa dedicação ao mestrado: A mamãe e a Lyla (minha sogra) que vinham do interior pra ficar com o João quando era necessário. Ao César, Riza e a Rayza por todas as vezes que ficaram com o João para eu ir em reuniões, fazer entrevistas e assistir aula. A escolinha “pequeno jornaleiro” escola da educação infantil vinculado a Prefeitura de BH por ter acolhido o João.

Ao Danilo, por ser esse companheiro incrível. Obrigada por todos os desdobramentos para que pudéssemos chegar até aqui, por toda solidariedade e todo

incentivo.

À mamãe, agradeço por ter sido essa mãe maravilhosa e dentro do possível. Por ter me mostrado na prática que a maternidade pode fugir dos padrões, agradeço, mas também peço desculpas por tudo que você deixou de viver para que eu vivesse. Por acreditar tanto na gente que nos levou a acreditar que muitas coisas eram possíveis - mesmo talvez não sendo. Mas estamos aqui.

*“Para mim, que venho das barrancas do São Francisco, do Sertão, este lugar, este momento, se constitui como uma vereda, um bom momento, um bom lugar para parar e pensar a vida. No meio do sertão, é sempre difícil, sob o sol escaldante, no meio da terra ressequida, pensar a vida no caminhar dela, daí a importância de ter uma vereda, por isso o grande sertão tem dois pontos, e é vereda também” (ROSIMEIRE SILVA, 2015, p. 1)*

## RESUMO

**Introdução:** A partir de 2014 o abrigo compulsório dos recém-nascidos de mulheres, na sua maioria negras, usuárias de drogas ou em situação de rua teve aumento expressivo nas maternidades públicas de Belo Horizonte. Essa ação foi coordenada inicialmente por promotores do Ministério Público que usaram como justificativa a afirmação de que determinadas mulheres não são capazes de prestar o cuidado e proteção aos seus filhos, além de colocá-los em situação de risco. Como estratégia elaboraram as recomendações Nº 05 e 06 de 2014 do Ministério Público de Belo Horizonte - MPMG (MINISTÉRIO PÚBLICO 2014a, 2014b) e posteriormente foi publicada a portaria Nº 3 de 2016 pela 23ª Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte - VCIJCBH (TRIBUNAL DE JUSTICA DE MG, 2016). Então como uma forma de resistência e enfrentamento denominou-se “Mães Órfãs” a situação de mulheres que por essas circunstâncias têm perdido seus bebês para a tutela do estado de forma compulsória. (SOUZA *et al*, 2018, p. 31). **Objetivos:** Objetivo Geral: Cartografar as tensões e as resistências às normativas do abrigo compulsório de bebês em Belo Horizonte. Os objetivos específicos são: Identificar e analisar as tensões na construção e implementação das normativas do abrigo compulsório de bebês em Belo Horizonte; e identificar e analisar as narrativas e estratégias das resistências a estas normativas em Belo Horizonte. **Método:** Utilizamos uma abordagem qualitativa do tipo interferência, o referencial metodológico da cartografia e trazemos na caixa de ferramenta conceitual o pesquisador in-mundo, o pesquisador militante, a construção conjunta e a multiplicidade das fontes que podem ser utilizadas para obtenção dos dados e que não são dadas a *priori*. Como parte da produção de dados, nos utilizamos de entrevistas em profundidade com sujeitos envolvidos na elaboração, implementação, institucionalização e resistência às normativas do abrigo compulsório. Incluímos também os documentos produzidos antes, durante e após as normativas do abrigo compulsório e utilizamos um diário de campo. **Resultados:** Encontramos pistas que mostram uma retomada de tendências conservadoras na saúde e na assistência social, o que pode ter facilitado a atuação do judiciário; além disso a presença de concepções higienistas nos serviços de saúde, o contexto de guerra às drogas e o modelo de maternidade sustentado pelo patriarcado foram determinantes no plano macro político. As narrativas construídas para a implantação das normativas passavam pela insuficiência da rede pública para assistir integralmente essas mulheres e seus filhos e o argumento da proteção à criança. Além disso a disputa de modelos de atenção e a articulação de atores com tendências higienistas presentes na rede de saúde e de proteção social atuaram no plano micropolítico para sustentar a proposta das normativas. Como ruídos da implementação das normativas encontramos que ela foi construída e implantada de forma vertical, ou seja, sem a participação social, dos trabalhadores e gestores; houve ainda constrangimento e criminalização dos profissionais dos serviços que não notificaram os casos ou de outra maneira se posicionavam na resistência a essas normativas, havendo também repercussões dentro das instituições de saúde. Encontramos que a portaria esvazia a função da rede SUS. E ainda que algumas mulheres, fugindo das normativas, criaram linhas de desvio, seja indo parir em outra cidade ou até mesmo se esquivando de ser assistida na hora do parto. Outra pista que emergiu neste estudo foram algumas contradições identificadas nos abrigos que recebem esses bebês. Ademais as normativas forjaram uma intensa resistência na cidade que repercutiu nacionalmente e levaram a reestruturação da rede de saúde e proteção social e até à suspensão da portaria.

**Palavras Chave:** Judicialização da Saúde. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Modelos organizacionais. Assistência integral à saúde. Direitos sexuais e reprodutivos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Since 2014, the compulsory sheltering of the newborns of women, mostly black women, drug users or street children, had a significant increase in the public maternities of Belo Horizonte. This action was initially coordinated by public prosecutors who used as justification the statement that certain women are not able to provide care and protection to their children, and put them at risk. As a strategy, recommendations N. 05 and 06 of 2014 were prepared by the Public Prosecutor's Office of Belo Horizonte - MPMG (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2014a, 2014b), and subsequently, the Ministerial Order No. 3 of 2016 was published by the 23rd Civil and Child Court of the Comarca de Belo Horizonte - VCIJCBH (MINIS COURT OF JUSTICE OF MG, 2016). Then as a form of resistance and confrontation denominated "Mothers Orphans" the situation of women who by these circumstances have lost their babies to the guardianship of the state of compulsory form. (SOUZA *et al*, 2018, p.31). **Objectives:** General Objective: To map the tensions and resistances to the norms of the compulsory shelter of babies in Belo Horizonte. The specific objectives are: To identify and analyze the tensions in the construction and implementation of the norms of the compulsory shelter of babies in Belo Horizonte; and to identify and analyze the narratives and strategies of the resistances to the norms of the compulsory shelter of babies in Belo Horizonte. **Methods:** We used a qualitative approach of interference, the methodological reference of cartography and we also brought in the conceptual toolbox the in-world researcher, the militant researcher, the joint construction and the multiplicity of the sources that can be used to obtain the data and that are not given a priori. As part of the data production, we used in-depth interviews with subjects involved in the elaboration, implementation, institutionalization and resistance to the norms of compulsory shelter. We also included the documents produced before, during and after the compulsory shelter regulations, and we used a field diary. **Results:** We found clues that show a resumption of conservative trends in health and social care, which may have facilitated the judiciary; in addition, the presence of hygienist conceptions in health services, the context of war on drugs and the model of motherhood supported by patriarchy were determinant in the macro political plane. The narratives built for the implementation of regulations went through the insufficiency of the public network to fully assist these women and their children and the argument of child protection. In addition, the dispute of attention models and the articulation of actors with hygienist tendencies present in the health and social protection network acted in the micropolitical plan to support the normative proposal. As noises of the implementation of the regulations we find that it was built and implemented vertically, that is, without the social participation of workers and managers; there was also embarrassment and criminalization of service professionals who did not notify the cases or otherwise positioned themselves in resistance to these regulations, and there are also repercussions within the health institutions. We find that the porter empties the function of the SUS network. And yet some women, escaping from regulation, have created escape routes, either going to give birth in another city or even avoiding being assisted at the time of childbirth. Another clue that emerged in this study were some contradictions identified in the shelters that receive these babies. In addition the regulations forged an intense resistance in the city that had national repercussions and led to the restructuring of the health and social protection network and until the suspension of the decree.

**Keywords:** Health Judicialization. Maternal and Child Health Services. Organizational models. Comprehensive health care. Sexual and reproductive rights.

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1- Número de crianças acolhidas em Belo Horizonte, até um ano de idade, desde 2014.....	96
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Atenção Básica	AB
Assembleia Legislativa de Minas Gerais	ALMG
Atenção Primária a Saúde	APS
Artigo	Art.
Belo Horizonte	BH
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Comitê de Ética e Pesquisa	CEP
Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente	CMCA
Conselho Nacional de Saúde	CNS
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.	CONASEMS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde	CONASS
Comissão Nacional de Ética e Pesquisa	CONEP
Defensoria Pública de Minas Gerais	DPMG
Estatuto da Criança e do Adolescente	ECA
Número	n.
Ministério Público	MP
Ministério Público de Minas Gerais	MPMG
Página	p.
Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude Cível de Belo Horizonte	PJIJ
Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica	PMAQ
Reforma Sanitária Brasileira	RSB
Secretaria Municipal de Saúde	SMSA
Sistema Único De Saúde	SUS
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE
Unidade Básica de Saúde	UBS
Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG

Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte

VCIJCBH

Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde

VER-SUS

## SUMÁRIO

### UNIDADE I

INTRODUÇÃO: ANTES DAS PRIMEIRAS HISTÓRIAS	20
CAPÍTULO I - PRIMEIRAS HISTÓRIAS: O que se almeja, o que captura e o que escapa.	31
1. HIGIENISMO E AS TENSÕES NA CONFORMAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	32
2. Maternidade, uso de drogas e a disputa de narrativas	39
3. Objetivos	47
CAPÍTULO 2 - PRIMEIRAS HISTÓRIAS: Os caminhos, as implicações e a travessia	48

### UNIDADE II

CAPÍTULO 3 - SEGUNDAS HISTÓRIAS: Mapa das forças que viabilizaram a criação das normativas no Município de Belo Horizonte - BH.	61
1 MACROPOLÍTICA DAS NORMATIVAS DO ABRIGAMENTO COMPULSÓRIO.	61
1.1 Pistas do Higienismo	62
1.1.1 Pistas da Criminalização da Pobreza	66
1.2 Pistas da Guerra às Drogas	68
1.3 Pistas do modelo de maternidade e patriarcado	70
2 A MICROPOLÍTICA QUE FAVORECEU A CONFORMAÇÃO DO ABRIGAMENTO COMPULSÓRIO.	77
2.1 Narrativas Construídas para conformação das normativas.	77
2.1.1 Narrativa da insuficiência da Rede Pública	77
2.1.2. Narrativa da Proteção à criança	82

CAPÍTULO 4 – SEGUNDAS HISTÓRIAS: Mapa dos ruídos percebidos durante a implementação das normativas do abrigo compulsório no Município de Belo Horizonte	87
CAPÍTULO 5 - SEGUNDAS HISTÓRIAS: Mapa das resistências forjadas a partir do processo de abrigo compulsório de Belo Horizonte.	98
UNIDADE III	
TERCEIRAS HISTÓRIAS: Rabiscos da cartógrafa.	118
1 A SAÍDA	119
2 O MEIO DA TRAVESSIA.	120
2.1 Quando tive medo:	120
2.2 Quando meu corpo doeu:	121
2.3 Quando meu corpo vibrou:	122
3 A CHEGADA	123
3.1 Das tensões....	123
3.2 Dos Ruídos...	124
3.3 Das Resistências...	124
4 UM CONVITE A NOVAS TRAVESSIAS	124
REFERÊNCIAS	128
APÊNDICE 1	138
APÊNDICE 2	142
ANEXO A - Fluxograma de atendimento às gestantes com uso prejudicial de Álcool e Drogas em Belo HorizonteA	143
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP I	144

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP II	146
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP III	152
ANEXO E – ARTIGO 1	157



Introdução:

# **Antes das Primeiras Histórias**

## INTRODUÇÃO: ANTES DAS PRIMEIRAS HISTÓRIAS

*Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.*  
(ROSA, 1994, p.86)

Desde 2014, o abrigamento compulsório dos recém-nascidos de mulheres, na sua maioria negras, usuárias de drogas ou com trajetória de rua aumentou expressivamente nas maternidades públicas de Belo Horizonte. Essa ação foi coordenada inicialmente por promotores do Ministério Público, que usaram como justificativa a afirmação de que determinadas mulheres não são capazes de prestar o cuidado e proteção aos seus filhos, além de colocá-los em situação de risco. Como estratégia elaboraram as recomendações Nº 05 e 06 de 2014 do Ministério Público de Belo Horizonte - MPMG (MINAS GERAIS, 2014a, 2014b). Posteriormente, estas recomendações foram reforçadas pelo judiciário por meio da portaria nº 3 de 2016 da 23ª Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte - VCIJCBH (MINAS GERAIS, 2016).

A Recomendação nº 5/2014 da 23ª VCIJCBH (MINAS GERAIS, 2014a) orienta os profissionais de saúde e gestores dos estabelecimentos de saúde que encaminhem à Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte as mulheres que manifestarem interesse em entregar os seus filhos para adoção, os casos de abandono aos recém-nascidos e

**os casos de negligência e maus-tratos** ao Nascituro ou ao Recém-Nascido, bem como os casos de **mães usuária de substâncias entorpecentes** (ponto 1.4) para decisão sobre o acolhimento ou entrega do Recém-Nascido à família de origem ou extensa (MINAS GERAIS, 2014a, grifo do autor)

Essa recomendação também se direciona aos secretários municipais e estaduais de saúde, bem como às autoridades da Assistência Social para que: i) ofereçam assistência psicológica e jurídica às gestantes e mães que manifestam interesse em

entregar seus filhos à adoção; ii) especificamente que a Secretária de Saúde fomente a ampliação do Programa Rede Viva Vida através da implantação das Casas de Apoio à Gestante nas maternidades. (MINAS GERAIS, 2014a)

Por sua vez, a recomendação nº 06/2014 da VCIJCBH (MINAS GERAIS, 2014b) é direcionada aos trabalhadores e gestores das Unidades de Atenção Básica de Saúde (UBS) e recomenda a eles: i) encaminhar a VCIJCBH, as gestantes que manifestarem interesse em entregar os seus filhos para adoção; ii) nos casos de recusa da gestante ou mãe em apresentar-se à autoridade judiciária, cabe às UBS comunicar, imediatamente a VCIJCBH; iii) **“que nos casos de negligência e maus-tratos ao Nascituro ou ao Recém Nascido, bem como os casos de gestantes e mães usuárias de substâncias entorpecentes** sejam comunicados à VCIJCBH; iv) que os casos de gestantes que se recusam a fazer o pré-natal sejam comunicados à VCIJCBH para que sejam adotadas as medidas adequadas de proteção ao nascituro (MINISTÉRIO PÚBLICO 2014b, grifo do MP).

É evidente que essas recomendações causaram diversos ruídos sociais, mas mesmo com toda resistência construída e sem estabelecer diálogo com a sociedade, no dia 21 de julho de 2016, assinado pelo Juiz de Direito da VCIJCBH, foi publicada a portaria nº 03/2016, que

Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças e 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 (MINAS GERAIS, 2016)

Os artigos e alíneas que seguem versam sobre o tempo para comunicação do caso a VCIJCBH (48 horas úteis) e os procedimentos, caso o magistrado entenda a desnecessidade de acompanhamento e/ou a necessidade de medidas protetivas que preservem a convivência familiar ou institucional.

Outro artigo da portaria 03/2016 que vale destacar é o Art. 19:

Art. 19. Todos os profissionais da área da saúde e área de assistência social, assim como profissionais das áreas afins têm o dever de comunicar a ocorrência de situações de risco, podendo responder por omissão, caso seja constatada

posteriormente que a criança, que foi entregue aos genitores em flagrante situação de risco, teve agravada a situação de violação de direitos.

Parágrafo único: Qualquer omissão dolosa ou culposa em proceder ao encaminhamento à autoridade judiciária ensejará apuração da responsabilidade criminal do profissional, nos termos do artigo 132 do Código Penal e do artigo 236 do Estatuto da Criança e do Adolescente. (MINAS GERAIS, 2016).

Chamamos aqui o conjunto dessas recomendações e a portaria de “normativas do abrigo compulsório”. Durante a implementação dessas normativas várias crianças foram separadas de suas mães, muitas vezes ainda dentro da maternidade. Houve casos em que as crianças eram levadas para abrigo e, posteriormente, para adoção sem consulta quanto às condições de integração junto à sua família extensa. Isso acontecia à revelia da definição do Art.19 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que versa sobre o direito de a criança ser educada junto a sua família.

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral. (BRASIL, 1990)

O ponto da assistência em que eram conduzidas essas separações, nas maternidades públicas, fomentam o questionamento a essas normativas, uma vez que atingem os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a equidade, a universalidade e a integralidade e ainda atinge o princípio organizativo da Hierarquização.

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. (...) Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis em uma dada região. (BRASIL, s/d)

Além disso, elas ainda constroem o profissional e instituição hospitalar a denunciar a mulher para o judiciário. Desrespeitando o princípio da confidencialidade e prejudicando o vínculo dessa mulher com os serviços de saúde, como podemos constatar no artigo 01 de uma das referidas normativas.

Art. 1º Quanto, durante o atendimento médico hospitalar de gestante, parturiente ou puérpera, houver constatação ou ponderadas evidências de que qualquer dos genitores e/ou a criança recém-nascida se encontram em situação de grave risco, inclusive em virtude de dependência química ou de trajetória de rua, o profissional de saúde e/ou a instituição hospitalar deverão comunicar o fato ao Juízo de Direito da Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte encaminhando os documentos pertinentes. (MINAS GERAIS, 2016)

As mulheres atingidas por essas normativas, são majoritariamente negras e estão em situação de rua ou fazem uso de drogas.

A condição da mulher, negra, em situação de rua ou de grande vulnerabilidade social, associada ao uso de álcool e/ou outras drogas tem sido um marcador para a ação violenta e conjunta de instituições como as da Saúde, da Assistência Social e do Judiciário. (SIQUEIRA *et al*, 2018, p. 53)  
Essas mulheres, que têm suas existências marcadas pelo estereótipo de incapazes, interditadas, sob a égide do “ato cuidador”, seguem sendo destituídas de sua dignidade quando da retirada dos seus bebês e da possível maternidade. Maternidade, que em muitos dos casos, até o momento do parto tinha sido uma escolha delas. (SIQUEIRA *et al*, 2018, p. 55)

Para Souza *et al* (2018) o estado que deveria promover ações de fortalecimento desses sujeitos, promovem, ao contrário, o desrespeito ao arcabouço legal que determinam os direitos da criança e família. Isso ainda é respaldado por instituições da justiça. Essa problemática promove um campo de disputas que envolve o sistema judicial, o sistema de saúde e o sistema de proteção social.

Nesse campo de disputas se conformou um conjunto de reações na cidade de Belo Horizonte que permitiu fundar o movimento “De Quem é Esse Bebê” - que reuniu (e reúne) diversas frentes dos movimentos sociais e instituições que se posicionam contrários às referidas normativas. O movimento busca dar visibilidade e concretizar o enfrentamento aos fluxos instituídos pelas normativas e reivindica, dentre outras coisas, a individualização do atendimento às mulheres atingidas, defendem os direitos das populações vulnerabilizadas e consideram essas intervenções do judiciário como intervenções higienistas. (KAMALURK *et al*. 2018; MOVIMENTO DE QUEM É ESSE BEBÊ, 2016).

E nesse contexto Rosimeire Silva (*in memoriam*), conhecida como Rose, militante das causas sociais e trabalhadora da saúde mental intitulou “mães órfãs” a essas

mulheres que, em função dessas normativas, estavam perdendo seus filhos. Então como uma forma de resistência e enfrentamento denomina-se “Mães Órfãs” a situação de mulheres em circunstância de vulnerabilidade que tem perdido seus bebês para a tutela do estado de forma compulsória. (SOUZA *et al*, 2018, p. 31)

O contexto de consolidação das normatizações do abrigamento compulsório coincidiu com dois momentos da minha trajetória pessoal que valem ser expostas aqui, uma vez que essa implicação irá mediar todo esse estudo. A primeira delas foi minha inserção na experiência da maternidade, com o nascimento do meu filho que hoje tem 04 anos, a segunda foi a oportunidade de ser residência multiprofissional em uma maternidade da Rede SUS de Belo Horizonte.

A combinação da maternidade e a vivência no mundo do trabalho despertaram em mim várias inquietações no que diz respeito ao modelo hegemônico da maternidade que, dentre outras coisas, nos constrange a se adequar a determinados padrões, muitas vezes inatingíveis, abrir mão da nossa singularidade e viver integralmente em função do filho.

Durante a residência, vivenciei também a insurgência de uma resistência entre os profissionais de saúde contra as normativas do abrigamento compulsório. Além da atuação no plano macropolítico, as profissionais de lá começaram a traçar estratégias para resguardar as mulheres, evitando que determinados fatores “de risco” fossem registrados no prontuário. O que obrigaria os profissionais da maternidade a notificarem e encaminhar o caso para o judiciário. Ou seja, para nós não havia dúvida que essa prática feria os direitos das mulheres, bem como os princípios do SUS e do nosso exercício profissional.

Houve casos de profissionais ouvirem o relato da mulher de fazer uso de álcool ou outras drogas, não registravam no prontuário oficial antes de discutir o caso com uma equipe multidisciplinar. As mulheres faziam o relato como forma de proteção ao seu filho, por desconhecerem as normativas e por confiarem no vínculo construído com os profissionais e com a rede de saúde. Os profissionais em algumas situações e, após avaliarem todo o contexto familiar, omitiam a informação do prontuário para não municiar a estratégia de retirada de direitos e tentavam assim promover o cuidado em saúde reforçando e priorizando a construção da rede de apoio a estas gestantes.

Mas essa postura era apenas dos profissionais que estavam sensibilizados com a causa e comprometidos, ética e politicamente com os direitos das mulheres, com a integralidade da assistência e com a defesa de que o melhor lugar para o crescimento de uma criança é ao lado de sua família. Sendo assim os desdobramentos dos casos estavam dados à sorte de qual profissional iria admitir essa mulher na instituição.

No decorrer da pesquisa, alguns encontros com os atores implicados com as normativas, alguns resistentes, outros rendidos, me inquietaram profundamente. Parecia haver dois grupos, duas concepções e dois modelos de cuidado e produção em saúde em disputa. E isso me inquietou tanto que foi por onde mais me detive, ou seja, no jogo de forças e neste universo de tensões e resistências.

De acordo com Souza e Francisco (2016): “No momento em que o pesquisador atualiza o seu desejo de pesquisar algo, na maioria das vezes, já há um processo em curso. Do mesmo modo, o contexto-território da pesquisa é, também, processo em curso, é história, processualidade”. (SOUZA; FRANCISCO, 2016, p. 815)

De fato, meus agenciamentos de militante-pesquisadora-profissional de saúde já operavam as temáticas aqui abordadas, me aproximavam dos caminhos escolhidos para essa travessia e minhas afetações me direcionaram para meus objetivos de pesquisa.

Todo pesquisador, como já está consagrado pelas discussões sobre o “fazer ciência”, é, além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, um sujeito ideológico, um sujeito “cultura”, ou seja, um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras. (MERHY, 2004, s/p)

Dito isso, esta pesquisa busca entender: quais as correlações de forças que permitiram a elaboração e implementação desta portaria; quais contextos morais, políticos e históricos mobilizaram a construção e implementação das normativas como um todo; quais modelos de cuidado estavam (e estão) em disputa no abrigo compulsório; quais resistências foram construídas na cidade para fazer frente a este processo; e como as redes de atenção, especialmente a rede de atenção à saúde, se organizaram a partir desse cenário.

Para tanto, propomos cartografar as tensões e as resistências às normativas do

abrigamento compulsório de bebês em Belo Horizonte, especificamente as recomendações Nº 05 e 06/ 2014 (MINAS GERAIS, 2014a, 2014b) e a portaria Nº 3/2016 (MINAS GERAIS, 2016) da 23ª Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte. Buscamos também identificar e analisar as tensões na construção e implementação das normativas do abrigamento compulsório de bebês em Belo Horizonte; e identificar e analisar as narrativas e estratégias das resistências às a essas normativas em Belo Horizonte.

Assim, parte-se da hipótese de que existe, pelo menos, uma das três questões do plano macro político que podem ter sido orientadores para a construção das normativas do abrigamento compulsório em Belo Horizonte ou mesmo sinais da influência destes fatores no contexto atual: i) Modelo de tratamento hegemônico em relação ao uso de drogas que é um modelo voltado à abstinência em detrimento ao modelo que utiliza como estratégia a redução de danos. Souza (2018) aponta que o paradoxo das drogas é constituído da dualidade da repressão/criminalização que vem acompanhada da medicalização do consumo de drogas. O modelo de atenção em relação ao uso de drogas tem, ainda hoje, a hegemonia de um modelo fracassado que se pauta na abstinência, recaída e punição; ii) As políticas Higienistas que orientaram as políticas de saúde no país desde a proclamação da república e ainda atravessa as instituições e continua orientando as políticas públicas e normativas como a do abrigamento compulsório. Mansanera & Silva, 2000, apresentam a reflexão que os preceitos higienistas estiveram presentes no Brasil muito fortemente no início do século XX e suas ideias adentraram várias esferas da vida cotidiana. Os pioneiros das concepções higienistas tinham a mulher como uma “colaboradora” da higiene social e identificavam ainda a necessidade de intervir nos alcoolistas “do proletariado”, nos indivíduos com sofrimento mental e nas crianças e; iii) o patriarcado que organiza a sociedade e fomenta o conceito de um modelo de maternidade que é majoritariamente branco, classe média e exclusivo (e não considera, conforme aponta Elisabeth Badinter (2010) a heterogeneidade das opções femininas). O patriarcado para Delphy (2009) é uma formação social de dominação masculina e sinônimo de opressão das mulheres.

No plano micropolítico partimos também da hipótese de que, para elaboração e

institucionalização das normativas do abrigo compulsório, houve uma articulação com atores que pactuam com as intencionalidades das políticas higienistas. O que hoje nos faz suspeitar de que essa era mais uma peça que contribuiu para o crescimento da hegemonia das concepções de restrição de direitos. Outra hipótese do plano micropolítico é de que, orientados por uma disputa macropolítica, existe no cotidiano de trabalho em saúde uma disputa dos modelos de atenção para a produção do cuidado.

Como a produção do cuidado em saúde está inscrita em uma dimensão pública de jogos de interesses e representações e essa produção se dá nos encontros entre os usuários e trabalhadores da saúde (MERHY, 1999), esses podem ousar transpor o instituído e agir orientados pelo o que o captura

O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde. (FRANCO, 2006)

Ademais, destacamos que o momento político em que emergiu essa problemática foi no contexto histórico da retomada da hegemonia neoliberal, de concepções excludentes, racistas e de restrição de direitos sociais. E a saúde pública, se falarmos em hegemonia, se situa na arena oposta a essas concepções, ou seja, defendemos a universalização do acesso, à integralidade da assistência e a equidade nos direitos.

O SUS foi inspirado em valores da igualdade, democracia e emancipação. E hoje temos uma correlação de forças altamente desfavorável, pois os valores dominantes na sociedade brasileira atual são a diferenciação, o individualismo e a distinção. (PAIM, 2018)

Santos e Vieira (2018) enfatizam o debate político que se trava no Brasil “influenciado pela disputa de projetos entre o ideário neoliberal e o de um projeto de nação cujo desenvolvimento esteja necessariamente atrelado à proteção social para o universo dos cidadãos e fundado em valores de solidariedade” (SANTOS; VIEIRA, 2018, p.2304).

Assumimos nesse estudo que existem insuficiências na cobertura e no alcance

das políticas públicas voltadas ao público em situação de vulnerabilidade – seja por conta da pobreza, trajetória de rua e/ou uso de drogas no período gestacional e puerperal. E, ainda, que existem projetos políticos e ideológicos em disputa para definir qual modelo de assistência oferecer a esse público. Sendo assim, para ter uma visão mais ampliada sobre o tema, torna-se importante investigações e estudos como estes.

Reconhecendo os limites impostos pela rede restrita de serviços de saúde e de equipamentos sociais oferecidos à população vulnerabilizada pelo uso de drogas fica evidente a necessidade de debater as políticas sociais e públicas de saúde no âmbito local e nacional (BARBOSA *et al*, 2012).

É urgente e necessário trazer questões como essa para os espaços acadêmicos e compor, juntamente com os diversos outros atores engajados, os espaços de (re)formulação das políticas voltadas às mulheres vulnerabilizadas não só no contexto de uso de drogas, ou no seu período gestacional ou puerperal, mas em toda sua trajetória de vida. Isso de forma a se garantir que as políticas sejam integrais, equânimes e universais.

Para construir essa narração, esteticamente este trabalho se referencia à obra “Primeiras Estórias”, escrito em 1960 por João Guimarães Rosa, “Tutaméia - terceiras Estórias” escrito em 1967, “Grande Sertão: Veredas”, escrito em 1956 e “antes das primeiras estórias”, de 2011, do mesmo autor.

A inspiração a partir dessas obras se deu por minha identificação com o autor. Por ter nascido na mesma região que ele, tive contato com sua produção desde a infância, o que influenciou profundamente minha trajetória. Além disso, a Obra Temática rompeu com o estilo até então cultivado por Guimarães Rosa e esse estudo se soma a outros que também rompem com o estilo de produzir e divulgar as pesquisas científicas.

Então, assim como se organiza os contos da obra “primeiras estórias” apresento esse texto em primeira e em terceira pessoa - Apresento reflexões e implicações minhas e as acumuladas pelos pesquisadores do Observatório a partir das entrevistas e das vivências no decorrer da pesquisa.

Antes das primeiras histórias, apresento o tema de estudo, alguns aspectos que motivaram meu desejo pela pesquisa, minhas inquietações, e as perguntas norteadoras

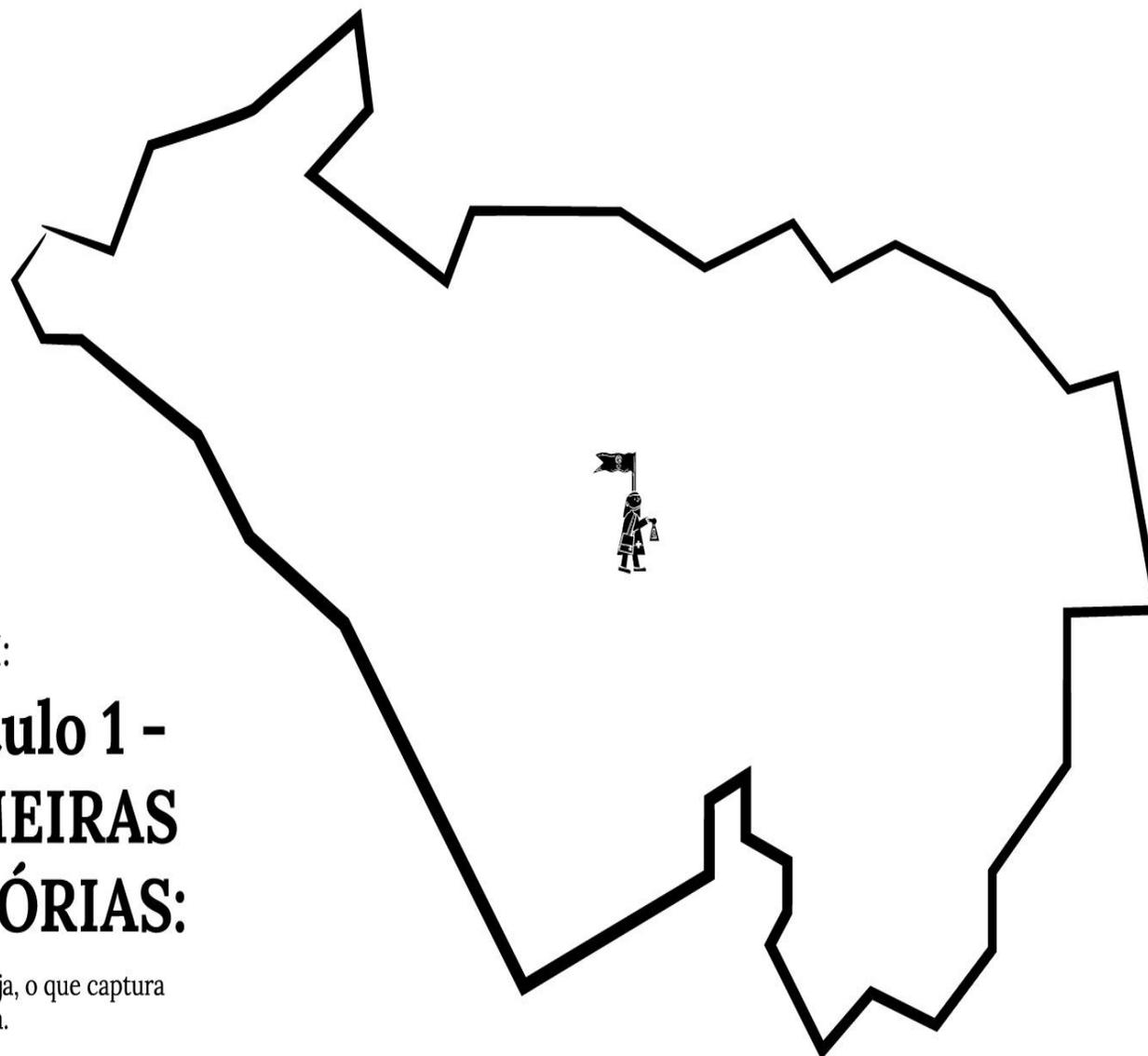
e levanto algumas hipóteses.

No capítulo 01 “Primeiras Histórias: O que se almeja, o que captura e o que escapa”- apresento a conceituação de termos de uso recorrente nesse estudo como macropolítica, micropolítica, hegemonia, agenciamento, instituinte e instituído bem como a produção científica sobre assuntos que dizem respeito a temática das mães órfãs, com o maior enfoque nos modelos de atenção em disputa.

No capítulo 02 “Primeiras histórias - Os caminhos, as implicações e a travessia” apresento os caminhos e a condução desse estudo, outras implicações pessoais, e a caixa de ferramenta conceitual metodológica.

Na unidade II, nas segundas histórias proponho dar visibilidade às reflexões acumuladas no decorrer desse estudo no que diz respeito às tensões. Sendo assim, no capítulo 03 apresento o mapa das correlações de forças que viabilizaram a criação das normativas em Belo Horizonte. No capítulo 04 apresento o mapa dos ruídos durante a implementação da normativas na cidade e no capítulo 05 apresento os mapas de resistências às normativas.

Por fim, na unidade III, nas “Terceiras Histórias: Rabiscos da cartógrafa” apresento as tensões mais recentes dessa temática e aponto algumas pistas que pedem passagem para próximos estudos.



Unidade I:

# Capítulo 1 - PRIMEIRAS HISTÓRIAS:

O que se almeja, o que captura  
e o que escapa.

## **CAPÍTULO I - PRIMEIRAS HISTÓRIAS: O que se almeja, o que captura e o que escapa.**

*“Tudo o que já foi, é o começo do que vai vir, toda a hora a gente está num cômputo. Eu penso é assim, na paridade... um sentir é o do sentente, mas outro é o do sentidor”.*

*(ROSA, 2001, p. 328)*

### **1. HIGIENISMO E AS TENSÕES NA CONFORMAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

*“Vivendo minha sorte, com lutas e guerras!”*

*(ROSA, 2001)*

O SUS foi construído pelo conjunto de forças sociais que lutaram pela democracia e se organizaram no movimento pela reforma sanitária brasileira (RSB). O movimento contou com um discurso contra hegemônico, com formulações, proposições e um modo de fazer política radicalizados que permitiu desencadear mudanças no âmbito jurídico, político, institucional, organizativo e operacional do Sistema de Saúde (FEURWERKER, 2015; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Nessa radicalidade da RSB se conformou as ideias-forças:

- a) o modelo de democracia: a utopia igualitária (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática;
- b) a proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população;
- c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde”. (FEURWERKER, 2005, p.492)

Como se vê a reforma sanitária não se reduz ao SUS. Sua concepção e formulação também transcendem às políticas estatais. Além disso ela é um processo e por isso exigem permanentes análises de conjuntura no sentido de examinar as correlações de forças e possíveis deslocamentos de suas bases de sustentação política e social. (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014)

E como espaço público é um espaço permanente de tensão, vivemos cotidianamente a ameaça do desmonte da maior política social brasileira. O cuidado em saúde está inscrito em uma dimensão pública de jogos de interesses e representações, por isso tensões e potências devem ser consideradas (MERHY, 1999).

Nesse sentido Fleury, 2009, nos traz que “é imperativo reconhecer os conflitos de interesse e a oposição entre as forças conservadoras e reformadoras tanto no caso da democracia quanto no caso da saúde, tais conflitos não podem ser reduzidos a uma polarização classista”. (FLEURY,2009)

A estratégia expansionista de uma hegemonia em formação consubstancia-se na saúde através dos projetos da Reforma Sanitária, por meio dos quais se busca a concretização de:

- reconhecimento político e institucional do Movimento Sanitário como sujeito e dirigente do processo reformador;
- ampliação da consciência sanitária de forma a possibilitar o consenso ativo dos cidadãos (usuários e profissionais) em relação ao processo transformador no setor, bem como a natureza social das determinações que incidem sobre o processo saúde/doença e sobre a organização do cuidado médico;
- resgate da saúde como um bem de caráter público, embora contraditoriamente limitado aos interesses gerados pela acumulação de capital. Por conseguinte, trata-se de expressar o caráter de bem público da saúde consubstanciando-o na definição de uma norma legal e do aparato institucional que visa à garantia da sua universalização e equidade . (FLEURY,2009, p.157)

Cecílio (2001) apresenta que o conceito tríplice da “Universalidade/integralidade/equidade é quase um signo e está muito viva no ideário da RSB. “Saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice-conceito-signo” (CECILIO, 2001 p.113).

Quanto à integralidade, apesar de nos ser tão caro, o trabalho em saúde ainda é

organizado de forma fragmentada.

Seguimos trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo demandas pontuais com o que temos em mãos, ou seja, não temos nos ocupado com a questão da integralidade de uma forma mais 'completa', pelo menos do ponto de vista daquela pessoa concreta que, naquele momento, busca alguma forma de assistência. (CECILIO, 2001 p.118)

O autor propõe chamar de integralidade ampliada essa articulação em rede, institucional, intencional, processual. Que reúne as múltiplas integralidades focalizadas.

Sobre equidade esse autor parte da ideia de que é um conceito consensual entre os que militam pelo SUS - que considerando as desigualdades seja empreendido ações governamentais diferenciadas. E reconhece que existem atores disputando e defendendo interesses e projetos distintos e o poder de construir a teoria e métodos concretos de intervenção (CECILIO, 2001)

Desta forma, a não- integralidade e a não-equidade podem ser captadas e/ou reconhecidas em duas dimensões. Em uma dimensão mais coletiva, privilegiadamente nos espaços geral e particular, estudos epidemiológicos ou as demandas e disputas de atores sociais nas várias arenas políticas nos revelariam grupos excluídos ou com mais dificuldades de acesso ou precisando de cuidados especiais. No entanto, a não-integralidade e a não-equidade só poderiam ser escutadas ou apreendidas, mas também enfrentadas, superadas ou reduzidas, com radicalidade, se conseguirmos captá-las na sua dimensão individual, subjetiva, singular, ali no espaço de cada serviço, no encontro de cada usuário com suas necessidades de saúde únicas e os profissionais e/ou a equipe de saúde (CECILIO, 2001. p. 322).

Diferente do período que antecede a conquista do SUS, não podemos dizer que temos hoje um movimento sanitário de “debate intenso, a circulação ampla de propostas, a mobilização contínua em torno de uma disputa política e ideológica feroz” (FEUERWERKER, 2005; p.492) Portanto, a constituição de novos sujeitos sociais e o desenvolvimento de uma consciência sanitária crítica que promovam a cidadania plena e a participação social parecem fundamentais para a sustentação do processo da RSB (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014 p.208)

Nesse sentido, Teixeira, Souza e Paim (2014) reafirmam que o principal problema

no SUS é político, demandando a busca de sustentabilidade.

A sustentabilidade política exige a construção de certo bloco histórico específico, reunindo um feixe de forças que atravessam a sociedade civil e o Estado, envolvendo entidades com as que integram o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, o Ministério Público, o Ministério e as secretarias estaduais e municipais de saúde, CONASS, CONASEMS, o parlamento, entre outros, em defesa do SUS e da RSB (PAIM, 2008). Além disso, a sustentabilidade política do SUS demanda a ampliação da consciência social acerca dos direitos e a permanência da mobilização em torno da ampliação de suas bases sociais de apoio, de legitimação. Em outras palavras, pressupõe que o SUS venha a se tornar de fato uma conquista popular, uma política e um sistema que cada brasileiro considere seu, parte da herança que lhes foi legada pela geração precedente, a ser preservado e aperfeiçoado. (TEIXEIRA, SOUZA; PAIM, 2014)

Ademais, já em 2005, Feuerwerker apresentava a ideia de que os conceitos defendidos pela RSB tem perdido batalhas no campo da política e da formulação das propostas de organização do sistema e das práticas de saúde (FEUERWERKER, 2005).

A autora lembra que o SUS não é hegemônico, ainda está em construção para implantá-lo em sua profundidade básica, em coerência com os princípios do movimento da reforma sanitária, dependemos da fabricação de atores que cumpram os papéis em novos espaços de encontros. Afora isso, ainda reitera que a atenção básica e os serviços especializados e hospitalares são dois mundos supostamente articulados, mas operam em lógicas distintas - a AB seria das práticas coletivas, já os demais operam o mundo da clínica, subjugado por conceitos efetivamente operado na lógica hegemônica. (FEUERWERKER, 2005)

Ou seja, ao não enfrentar a disputa ideológica em todos os campos da saúde e ao não buscar inovar a prática clínica, o modelo tecnoassistencial implementado de maneira predominante no SUS vem propiciando a reafirmação de conceitos e práticas hegemônicas em saúde e condenando a um gueto o espaço da atenção básica, que é onde se espera que esteja havendo a produção de práticas de saúde inovadoras (FEUERWERKER, 2005, p.496)

Por não ser um projeto hegemônico ele vive em constante movimento de captura dos trabalhadores, gestores e usuários.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcada pelo esforço

de coletivos de trabalhadores, que imprimem sua própria e singular forma de agir, e sobretudo de significar o sistema, em um movimento permanente da trama política e prática no campo da saúde. Uma intensa atividade resultante da articulação de trabalhadores, usuários e gestores na dinâmica de um conjunto de Instituições que tem uma enorme potência de se produzir continuamente com novos arranjos, experimentações na produção do cuidado. (ABRAHÃO *et al*, 2016, p.210)

Merhy (1999) evoca outros autores para afirmar que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e que isso é desenhado a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que se aliam ou confrontam-se de acordo com seus interesses e capacidade de agir. E que por essa multiplicidade de atores envolvidos é necessário mecanismos de envolvimento e negociação (MERHY, 1999).

Tomar o foco dos usuários dos serviços de saúde, de certos trabalhadores e mesmo dos governantes e sua tecnoburocracia, compõe uma base tensional e orgânica do jogo de interesses que dá direcionalidade para as políticas de saúde, e que estará sempre presente como um interrogador, em potência, dos arranjos instituídos a operar na cotidianidade das práticas.” (MERHY, 1999, p.308)

Qualquer receita para a gestão em saúde terá que enfrentar a tensão da política e do processo de trabalho na saúde.

Estes desafios, em síntese, expressam-se no terreno 1) dos processos de construção da legitimação de uma certa política, em um campo altamente partilhado e disputado; 2) dos mecanismos de captura dos autogovernos nas organizações, que não podem ser eliminados e; 3) no terreno das práticas, que procuram ordenar a produção de atos de saúde, que são sempre trabalho vivo em ato centrado (MERHY, 1999, p.313)

A capacidade dos sujeitos se autogovernarem, disputarem o caminhar no dia-a-dia, com as normas e regras instituídas situam as organizações de saúde em um território tensional. Isso acontece com mais potência nos serviços de saúde pelo fato da produção do cuidado em saúde se dar em ato. Os trabalhadores podem dar sentidos aos seus atos conforme seus modos de compreender os interesses em jogo (MERHY, 1999).

A tensão entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecno-assistencial (MERHY, 1999, p.309).

“refletindo” as tensões constitutivas dos agires em saúde, polarizam-se entre ser ou uma produção centrada em procedimentos, ou uma centrada no usuário; por outro, expressando o mesmo terreno tensional, também criam polaridade entre o exercício privado do ato produtor do cuidado de saúde e a possibilidade de sua captura por processos mais publicizantes; e, ainda por um outro, está assentado na ocupação das arenas institucionais por múltiplos agentes concretos que portam distintas intenções, no dia-a-dia dos serviços, e disputam permanentemente a direcionalidade das ações de saúde (MERHY,1999, p.309)

As ideias e valores do modelo médico-hegemônico são predominantes na sociedade e esses valores orientam a formação dos profissionais de saúde. E isso interfere na possibilidade de consolidação do SUS. (FEUERWERKER, 2005)

Feuerwerker (2005) apresenta que uma polêmica significativa em relação a esses modelos é a tecnologia mais adequada para organizar as práticas de saúde e possíveis inovações. Essa polarização estaria entre a epidemiologia e a clínica.

Para além dessa polarização entre epistemologia e clínica encontramos no cotidiano dos serviços de saúde uma disputa no que se refere a conceitos norteadores, e aqui identificamos uma forte orientação das políticas higienistas, que a princípio, não estariam no projeto original do Sistema Único de Saúde (SUS).

As políticas Higienistas que orientaram as políticas de saúde no país desde a proclamação da república, ainda atravessa as instituições e continua orientando as políticas públicas e normativas como a do abrigamento compulsório. Mansanera & Silva, 2000, apresentam a reflexão que os preceitos higienistas estiveram presentes no Brasil muito fortemente no início do século XX e suas ideias adentraram várias esferas da vida cotidiana.

Capturou seus sentidos e significados no campo nuclear das profissões. A perspectiva biologicista da medicina hegemônica. E, não podemos dizer que só os médicos fizeram e fazem isso, pois, com um olhar atento, vemos que esse é o movimento realizado por todas as profissões de saúde, universitárias ou não. (MERHY, 2005 p.196)

Na micropolítica do mundo do trabalho pode ser um lugar para tornar as intencionalidades e implicações elementos explícitos. Nos encontros provocados por ele abre-se para nossas vontades e desejos e possibilita que ficamos diante de nós mesmos.

(MERHY, 2005)

O autor explora a ideia de que para concretizar a produção de um ato em saúde há um comprometimento com a realização de um certo produto, operado por um ato tecnológico. Ainda problematiza que dependendo dos olhares dos profissionais o agir em saúde pode fragmentar ainda mais o cuidado

Dependendo do paradigma de cuidado em foco esse ato tecnológico estará considerando o usuário como um portador de necessidade / fragmento, isto é, ele será visto como um objeto, como um corpo ou parte de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos. (MERHY, 2005 p. 198)

Existem, portanto, contradições entre os princípios do SUS e a maneira como os próprios atores constitutivos do sistema operam. Essas contradições, esperadas, se não tratadas, terminam por legitimar as velhas ideias e valores e, portanto, precisam ser debatidas e superadas. (FEUERWERKER, 2005 p. 499)

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, “construindo linhas de produção do cuidado. Vamos percebendo que a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções”. (FRANCO, 2006, p.2)

Nesse ponto faço a opção por um certo tipo de rede que adoto como parâmetro para discuti-la sob o foco da micropolítica, e essa escolha tem a ver com a ideia de uma rede não modelar e que não serializa as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento novos fluxos de competência. Procuro significar a rede que opera com base no trabalho vivo em ato e as múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção. (FRANCO, 2006, p.3)

As redes são operadas a partir de processos de trabalho estruturados pelos trabalhadores na sua micropolítica, isto é, a partir de diferentes projetos que se interpõem em um intenso processo produtivo, em redes, em que é operada uma importante capacidade inventiva do trabalhador, o que agrega grande possibilidade de realização ao SUS. Essa perspectiva de inventividade e criatividade de profissionais e gestores na

construção ou constituição das redes de atenção à saúde não ganham visibilidade ou reconhecimento nas políticas e nas pesquisas orientadas por análises do campo macropolítico. (ABRAHÃO, 2014)

## **2 Maternidade, uso de drogas e a disputa de narrativas**

*O sertão não tem janelas, nem portas. E a regra é assim: ou o senhor bendito governa o sertão, ou o sertão maldito vos governa. (João Guimarães Rosa)*

A saúde da mulher, a saúde mental e as políticas de saúde voltadas ao uso drogas estão no centro das principais disputas de concepção dos modelos de atenção à saúde. Por um lado, boa parte dos sanitaristas atuam para que esses modelos potencializem a autonomia e a emancipação dos usuários do sistema de saúde, com propostas de promoção e prevenção a saúde, autocuidado, redução de danos, dentre outros. Do outro lado há toda uma articulação para a retomada da hegemonia do modelo higienista, prescritivo e que colocam o usuário no lugar de subserviência.

Atravessando essas vulnerabilidades construídas, temos as concepções patriarcais que para Delphy (2009) estão ligadas a organização global da sociedade. Trata-se uma formação social de dominação masculina que tem sido sinônimo de opressão das mulheres.

O conceito de Patriarcado é literalmente a autoridade do pai, mas também comporta a noção de autoridade do homem e nenhuma filiação biológica, então refere a dominação dos homens sejam eles pais biológicos ou não (DELPHY, 2009).

Em toda cultura existe um ideal de maternidade predominante e aquelas que não se identificam estão mais inclinadas (ou até obrigadas) a dar as costas para a maternidade. Esse modelo de maternidade não considera a heterogeneidade das opções femininas (BADINTER, 2010).

Sobre essa heterogeneidade das opções femininas essa autora apresenta a classificação de Catherine Hakim em um estudo anglo-americano, onde somente 20% das mulheres (com variação de 10% a 30%) preferem não trabalhar para terem os filhos como prioridade. 60% das mulheres (com variação entre 40% e 80%) desejam combinar

trabalho e família com carreira mais instáveis. E nos outros 20% concentram as mulheres sem filhos onde a principal prioridade delas é o emprego ou atividades equivalentes na cena pública (BADINTER, 2010).

Ou seja, a maioria das mulheres não se adequam ao modelo de maternidade exclusivo que está presente no imaginário popular.

No que diz respeito ao uso de drogas na gestação ou associado à maternidade, a literatura científica trava uma autêntica disputa de narrativas. E no que tange aos cuidados em saúde, muitas vezes dentro de um único serviço, temos mais de um conceito orientador.

Pesa sobre as mulheres que reúnem esse conjunto de vulnerabilidades um julgamento de que estão imersas em circunstâncias nas quais a gravidez é um evento “indesejado” e de que são incapazes de gerir a própria vida pelo uso de drogas e pelas condições de vida. E essa narrativa opera a favor da retirada dos seus filhos (ORSINE *et al*, 2018)

Não é coincidência que o alvo das normativas do abrigo compulsório, as mães órfãs, reúnam as vulnerabilidades que historicamente justificaram a implementação de ações ou políticas de saúde prescritivas e higienistas. Os pioneiros das concepções higienistas tinham a mulher como uma “colaboradora” da higiene social, identificavam ainda a necessidade de intervir nos alcoolistas “do proletariado”, nos indivíduos com sofrimento mental e nas crianças. (MANSANERA & SILVA, 2000)

A atuação dessas forças suscita o debate sobre a tensão entre autonomia e tutela que permeia o âmbito do cuidado, tensão que também atravessa os processos de cuidados dos loucos, dos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal disputa é também uma disputa de narrativas, ou seja, a quem é dada a possibilidade e o direito de falar sobre si, sobre seu corpo e afetos. E mais do que isso, a possibilidade de construir seus caminhos. (SIQUEIRA *et al*, 2018 p. 54)

Além disso o Modelo de tratamento hegemônico em relação ao uso de drogas é um modelo voltado à abstinência em detrimento ao modelo que utiliza como estratégia a redução de danos (SOUZA, 2018).

O paradoxo das drogas é constituído da dualidade da repressão/criminalização

que vem acompanhada da medicalização e do consumo de outras drogas. O modelo de atenção em relação ao uso de drogas tem, ainda hoje, a hegemonia de um modelo fracassado que se pauta na abstinência, recaída e punição (SOUZA, 2018).

O consumo de drogas por mulheres é uma conduta em expansão no Brasil e no mundo e o envolvimento desse público com drogas é caracterizado pela produção, comércio, consumo ou, pela própria convivência da mulher, com pessoas em meio a essa problemática (OLIVEIRA, 2016; RODRIGUES *et al*, 2017).

Essa condição é socialmente invisibilizada por questões de gênero que determinam papéis e condutas para mulheres, além da prática ser considerada incompatível com papéis e funções sociais e culturalmente estabelecidos para a população feminina, sobretudo no que concerne ao exercício da maternidade (OLIVEIRA, 2016; RODRIGUES *et al*, 2017). De fato, a maternidade e o consumo, de drogas já acarreta agravos sociais e de saúde para as mulheres, logo, a associação dessas duas condições amplia as chances da mulher se expor a vários riscos e/ou agravos, os quais afetam sua saúde e sua vida. (OLIVEIRA, 2016, p. 18).

Nessa disputa de narrativas e concepções os resultados das pesquisas podem dar atenção mais a alguns aspectos que em outros, vemos essas diferentes narrativas no que diz respeito a maternidade a ao uso de drogas.

Em uma investigação que buscou entender o vínculo entre mães usuárias de drogas com seus filhos antes e durante a recuperação, conduzido por essas autoras (TRINDADE E BARTILOTTI, 2017), apresentou-se como resultados que: i) o uso de drogas traz consequências significativas à relação mãe e filho gerando afastamento, o que fragiliza o vínculo e prejudica o exercício do papel materno; ii) a presença do afeto negativo esteve na maior parte das pesquisadas e se relacionava à irritabilidade das mães por terem de prestar algum tipo de cuidado e atenção ao filho, ao invés de poder dedicar esse tempo ao uso de substâncias; iii) a fase do uso de drogas esteve repleta por afastamentos entre mães e filhos de diversas ordens, sendo o diálogo um dos aspectos mais prejudicados na vida dessas famílias.

Ademais, essas autoras sugerem que a atuação com mulheres usuárias de drogas exige uma intervenção multidisciplinar, que as considere - efetivamente - como sujeitos

psicossociais. Ao mesmo tempo, observa-se que as autoras reforçam os estereótipos socialmente construídos ao sugerir que as intervenções profissionais devem abordar aspectos para além do uso de drogas, abrangendo questões referentes ao papel como mãe e mulher inseridas na realidade social.

No que diz respeito à irritabilidade de mães ao dispensar cuidados aos filhos é importante destacar que esta situação não é exclusividade da associação com drogas. A sobrecarga de trabalho das mulheres, principalmente quando elas se tornam mães, causam exaustão, irritabilidade e depressão. É comum que as mães assumam a maior parte das responsabilidades de cuidado com o filho. Entre as principais situações geradoras de estresse ao longo do primeiro ano de vida do bebê, destacam-se o cansaço materno, a falta de sono e o fato de ter a vida regrada pelos horários e necessidades do bebê. (RAPOPORT; PICCININI, 2011)

Problematizando esses achados apresentamos a concepção de Badinter (2010) que se dedica a desvelar o mito do amor materno, e nele é apenas apresentado a face do amor e felicidade. E não é colocado “a face da maternidade feita de esgotamento, de frustração, de solidão e até mesmo de alienação, com seu cortejo de culpa”. (BADINTER, 2010, p.22)

Essa autora problematiza ainda a sobreposição da criança à mulher. Socialmente é colocado que “A criança desabrochada com que todos sonham, exige uma mãe mais disponível, que organize sua vida em função delas” (p.133). Ainda é colocado que a presença da mãe com a criança até os 03 anos garante um melhor desenvolvimento. Mas esse modelo é inacessível para a maioria das mulheres. (BADINTER, 2010)

Oliveira (2016) em uma pesquisa com mães usuárias de drogas identificou que, somado à vulnerabilidade que levou a mulher a usar drogas, elas também estão sujeitas a “vulnerabilidade decorrente de determinantes socioculturais, políticos, econômicos e de gênero em torno do exercício da maternidade” (p.31). Tais determinantes geram sentimento de culpa e sofrimento, o que contraria o ideal que desenha a natureza feminina como domesticada e maternal (OLIVEIRA, 2016)

a condenação atribuída a vivência concomitante da maternidade e o uso de drogas. Por não se adequar ao perfil de mãe ideal socioculturalmente

estabelecido, tal condenação, quer seja da própria mulher, de pessoas próximas ou da prole, constitui-se como elemento de vulnerabilidade, sobretudo quando envolve a gravidez e amamentação. A ideia de incompatibilidade entre exercer funções maternas e consumir drogas evidencia a preocupação em torno da criança em detrimento da condição de saúde da mulher, o que reforça o processo de culpabilização materna e exclusão social. (OLIVEIRA, 2016, p,82)

Ao mesmo tempo, as mudanças psicossociais, que as mulheres vivem na gestação, podem ser um fator impulsionador para o abandono ou a redução do consumo de drogas. De uma forma significativa é possível observar que a maternidade se caracterizaria como um efeito protetor.

Do ponto de vista biológico, Rubin (1984) identifica que, no primeiro trimestre de gestação, a maioria das mulheres concentra-se em si e não no feto, a mulher pode aceitar a ideia da gravidez, mas não a do feto e ela pode identificar que é necessário abrir mão de algumas questões para assumir a nova tarefa. Já no segundo trimestre de gestação, a mulher percebe o feto como uma entidade separada dentro dela e pode se identificar com ele e pode começar a postergar os próprios desejos. Por fim, no terceiro trimestre a mulher preocupa-se consigo e com o feto, ao mesmo tempo em que questiona a sua capacidade de ser mãe.

É claro que cada mulher em seu período gestacional terá uma relação com sua condição de estar grávida, mas as evidências apontam que a gestação e a maternidade podem ser um momento de mudança. Nesse sentido, Reis *et al* (2008) pontuam que a vivência do processo gravídico pode ser repleta de significados e pode estimular as mulheres a projetarem atos futuros, já que são motivadas, “mediante a reflexão de suas experiências anteriores e da bagagem de conhecimento, ou seja, da situação biográfica” (REIS *et al*, 2008, p. 498.)

Belloc *et al* (2018) afirmam que ao contrário das suposições, a maternidade é fator de proteção para a gestante usuária de drogas.

Rita, ainda no útero, funcionava como forte agenciamento de possíveis em Maria e João. Uma perspectiva nova para eles que, embora jovens, estavam quase desistindo de futurar, imersos na temporalidade curta da luta pela sobrevivência, entre conseguir comida, dinheiro e a próxima pedra a ser fumada. Rita produzia em seus pais o desejo e a possibilidade de um ciclo de vida muito mais ampliado, que incluía ter uma moradia mais digna, cuidar da filha e acompanhar o seu

crescimento – sua entrada na escola, quem sabe uma faculdade, um futuro com mais saídas. (BELLOC *et al*, 2018, p. 40)

Franco (2018) faz referência a pesquisa da “Rede de Avaliação Compartilhada” que estudou determinadas políticas de saúde, dentre elas a Rede Cegonha, onde apareceu a história de uma mãe que deixou de usar drogas no início da gestação, e permaneceu assim após o nascimento, construiu forte vínculo com a filha e reconstruiu as relações afetivas rompidas anteriormente.

A pesquisa traz a evidência de que é possível contar com a maternidade como fonte de potência para o cuidado de si, abrindo a possibilidade de pactuação com a vida, deixando as mães o uso de drogas para cuidar dos seus bebês. O filho ou filha é um dispositivo de cuidado, esta é a questão fundamental que foge à compreensão dos órgãos judiciários. Ao invés de usar esta ferramenta socioafetiva para superação dos problemas decorrentes do uso abusivo de drogas associado à maternidade, a ação atual do judiciário, tal como se configura, joga por terra esta oportunidade. (FRANCO, 2018, p. 91).

O autor faz ainda a reflexão da capacidade operatória sobre a realidade em si que está na força terapêutica dos encontros, dos afetos.

Tal princípio pode ser sustentado com base na ideia de Spinoza (2009), segundo a qual, os corpos quando se encontram têm uma capacidade de afetar uns aos outros. Estes afetos produzem efeitos no outro, que podem ser a expressão de alegria e, neste caso aumenta a sua potência de agir no mundo, ou tristeza, quando esta potência é diminuída. No encontro, ainda segundo o filósofo, se forma um “campo de consistência” entre os corpos através do qual os afetos são transmitidos por intensidades, isto é, imperceptíveis no plano da razão, mas com alta potência na reconfiguração dos corpos e vidas que são afetados. (Spinoza, 2009 *apud* FRANCO, 2018, p. 91).

Corroborando com isso a pesquisa conduzida por Oliveira (2016), onde a redução do uso de substância psicoativa por mães se deu por necessidade dela ser vista como uma mulher capaz de cuidar de seus filhos, pelo medo de ser denunciada à justiça e perder a guarda da criança e nascimento de filho, já ocorrido em gravidez anterior, e por problemas de saúde relacionados ao seu consumo de drogas. Então a maternidade se constitui num fator de proteção para as mulheres, uma vez que elas estão mais preocupadas com o filho e abertas a mudanças, uma vez que este, pode se constituir em momento favorável para as medidas de reabilitação por meio de uma abordagem

psicossocial (OLIVEIRA, 2016).

nesta categoria destacam-se temas que revelam que para algumas mulheres a gravidez, o parto e o nascimento se constituíram eventos que influenciaram em mudanças de comportamento no padrão de consumo de drogas, tais como: substituição de uma substância, considerada por elas como mais prejudicial, por outra menos prejudicial, redução do consumo e a busca por tratamento. As entrevistadas se caracterizavam como dependentes de uma ou mais substâncias psicoativas, referindo fazer uso de cocaína, crack, álcool e maconha durante o ciclo gravídico-puerperal, diferenciando o tipo de substância, a quantidade e a frequência do consumo de uma gravidez para outra. (OLIVEIRA, 2016, p.97)

Nessa mesma pesquisa, a autora argumenta que o uso de drogas não é uma ação contínua, alterna-se também com momentos de autocuidado, conforme é expresso a seguir:

Neste estudo, as condutas adotadas pelas mulheres que usam drogas para o exercício da maternidade aparecem como um enfrentamento do resgate de uma identidade feminina anulada pelo consumo abusivo de drogas. A vivência da maternidade permeada pelo uso de drogas não se configura como uma ação padronizada e linear. É composto de ações de cuidados consigo, através da realização do pré-natal, redução do uso, substituição de substâncias consideradas mais prejudiciais por outras menos nocivas, busca por tratamento, cuidados diretos com a prole ou ainda, na doação dos filhos como forma de zelo e proteção. (OLIVEIRA, 2016, p.101).

Em uma produção que problematiza separação compulsória dos filhos das mulheres já vulnerabilizadas, Kamaluk et al (2018) colocam que as mulheres são submetidas a situação de culpabilização, ameaça e humilhação no momento pós-parto. O que gera prejuízo a vinculação com seu filho e ao aleitamento materno. Além do mais, quando as instituições de poder desconsideram essa potência da maternidade, a mulher é obrigada a provar a sua inocência e sua capacidade de cuidar do filho, em um contexto no qual seu passado pesa desproporcionalmente sobre sua possibilidade de futuro. (KAMALUK, *et al*; 2018).

Nessa mesma direção, apontam Reis e colaboradores (2008) em um estudo realizado em uma instituição que oferece moradia e atendimento à saúde para gestantes em situação de vulnerabilidade social, que verificaram que a busca por esse dispositivo se deu pela busca de acolhimento e querendo mudanças na sua condição de vida. Além

disso, “a vivência da gravidez associada à perda de seu convívio social habitual e da moradia gerou nas mulheres várias preocupações, destacando-se como recuperar abrigo, deixar de usar drogas e ter nutrição adequada para uma gravidez mais tranquila” (REIS *et al*, 2008, p. 495).

Afora isso, as pesquisadoras identificaram que a vivência na instituição serviu de incentivo para mudança de postura de vida, tanto em relação às mulheres que faziam uso de drogas como aquelas que permaneciam fora de casa por muito tempo, quer por lazer ou fuga. O fato de submeterem-se às normas e regras possibilitou deixarem de usar drogas lícitas e ilícitas temporariamente, como também não permanecerem na rua durante a gravidez garantindo, assim, uma vida melhor nessa condição. (REIS *et al*, 2008, p. 495).

### **3. Objetivos**

O estudo teve como Objetivo Geral: Cartografar as tensões e as resistências às normativas do abrigamento compulsório de bebês em Belo Horizonte.

E como objetivos específicos i) Identificar e analisar as tensões na construção e implementação das normativas do abrigamento compulsório de bebês em Belo Horizonte; ii) Identificar e analisar as narrativas e estratégias das resistências às estas normativas em Belo Horizonte.



Unidade I:

## **Capítulo 2 - PRIMEIRAS HISTÓRIAS:**

Os caminhos, as implicações  
e a travessia

## CAPÍTULO 2 - PRIMEIRAS HISTÓRIAS: Os caminhos, as implicações e a travessia

*“O mais difícil não é um ser bom e proceder honesto, dificultoso mesmo é um saber definido o que quer, e ter o poder de ir até o rabo da palavra”.*  
(ROSA,2001)

Para contar essas primeiras histórias: os caminhos, as implicações e a travessia é preciso retomar o “antes das primeiras histórias”. Ou seja, antes de atravessar esses territórios e definir o modo de atingir os objetivos deste estudo é preciso considerar os agenciamentos que operaram no decorrer da minha trajetória e mobilizaram o desejo desta pesquisa.

Isso é importante, uma vez que, esse estudo utiliza a abordagem qualitativa do tipo interferência, situa-se nos campos das ciências sociais e humanas da saúde, utiliza como referencial metodológico a cartografia e traz na caixa de ferramenta conceitual<sup>1</sup> o pesquisador *in-mundo*, o pesquisador militante, a construção conjunta e a multiplicidade das fontes que podem ser utilizadas para obtenção dos dados e que não são dadas a *priori*.

Me inspiro no percurso adotado por Bertussi (2010) em sua tese de doutorado e por se tratar de cartografia essa travessia não se orienta por uma linearidade.

A ideia de desenvolver a cartografia se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não busquei estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A construção do trabalho procurou estabelecer algumas pistas para descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a minha experiência. (BERTUSSI, 2010, p.23)

Para Ferigato e Carvalho (2011) a pesquisa qualitativa se firma a partir do contexto

---

<sup>1</sup> Referência ao termo utilizado por Laura Camargo Macruz Feuerwerker *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*

situacional, da localização e implicação do observador em relação ao objeto e seu entorno. Por isso parto das minhas implicações pessoais.

Comecei a ser mobilizada para esse lugar pela minha trajetória atuante na luta pelo feminismo e no interior do movimento sanitarista, o que me deixa com o olhar mais atento para as questões de gênero e para a condução das políticas e cuidados em saúde. Mas o que me capturou mesmo foi o fato da implementação das normativas do abrigo compulsório ter coincidido com minha inserção no universo da maternidade, com o nascimento do meu filho e minha inserção na instituição maternidade, durante a residência em enfermagem obstétrica.

Poder viver a experiência da maternidade - com todos os conflitos e julgamentos a mim impostos - e ver no meu cotidiano de trabalho (na maternidade, instituição de saúde) outras mulheres que, diferente de mim, não tiveram determinados privilégios durante a vida e, portanto, seus contextos sociais as vulnerabilizaram, serem mais uma vez penalizadas e terem seus filhos retirados do seu convívio, me provocou profundamente e isso foi decisivo para que eu me posicionasse como profissional-militante dessa temática.

Cabe ao cartógrafo estar atento aos processos em curso, sair do plano das racionalizações e mergulhar no plano das intensidades que se expressa pelos afetos e pelas linhas de forças que circulam no território, pelas rupturas e contradições dos discursos, pelas estranhezas e descontinuidades vivenciadas, acompanhando os desenhos que vão tomando forma em conexão-desconexão com o tema da pesquisa. (SOUZA; FRANSCISCO, 2016, p. 815)

Quando ingressei no mestrado me (re)aproximei da minha orientadora e do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG que integra a Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. Falo reaproximei porque durante a minha graduação eu já tinha sido afetada e capturada pela linha de pensamento desse grupo por ter participado no VER-SUS Brasil<sup>2</sup> (Vivência e

---

2 O VER-SUS Brasil é um dispositivo de formação dos trabalhadores para o SUS organizado pelo Ministério da Saúde, Movimento Estudantil e Rede Unida. Muitos dos membros da "Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde", formularam e formulam para esse projeto.

Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde). Projeto que esse grupo de pesquisadores tem muito protagonismo.

A Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde contempla vários observatórios do país e as pesquisas conduzidas utilizam de percursos metodológicos que atravessam o modo hegemônico de produzir ciência, além disso cruzam os achados com abordagens clássicas de pesquisa para compor um feixe multidimensional de análise (JORGE, MERHY & PONTES, 2018).

Assim, coloca em análise os movimentos ocorridos antes, durante e depois da formulação da política; os efeitos da Lei nos atores envolvidos com a produção e implementação da Lei, os impactos da Lei nos indicadores epidemiológicos; os efeitos da Lei na produção cotidiana do cuidado e, em destaque, na trajetória de vida do usuário final do sistema que, em princípio, deveria auferir os benefícios diretos do que estava sendo proposto. (MERHY, 2013, s/p)

Esse grupo de pesquisa conduz muitas pesquisas de análises de políticas públicas, dentre elas as políticas de Atenção Domiciliar, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica- PMAQ, a Rede Cegonha, a Política de Saúde Mental, Política de álcool, crack e outras drogas. Pelo aparecimento e relevância do tema do abrigo compulsório dos filhos de mulheres vulnerabilizadas nas capitais mineira, paulista e carioca, essa temática também se somou à investigação em curso.

Percorremos esse caminho a partir da abordagem qualitativa porque ela permite “levar em conta a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida”. (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 665).

Minayo (2001, 2017) afirma que a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, além de tratar sua intensidade e singularidade.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p.20)

E como esta pesquisa busca captar as correlações de forças, as intencionalidades, as reações e os valores que permearam a elaboração e implementação das normativas nada mais adequado que a abordagem qualitativa.

Além disso, Minayo (2001) ainda afirma que o objeto das Ciências Sociais é social e historicamente determinado, uma vez que as sociedades humanas vivem num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Nesse sentido, há de se reconhecer como característica de qualquer questão social a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade.

O tipo de pesquisa, pesquisa Interferência, veio porque ela se vincula à produção de campos de visibilidades e tem como pressuposto a colocação em funcionamento de um ruído, que cria visibilidades insuspeitas, que cria possibilidade de expressão e de escuta (MOEBUS, 2015)

No decorrer da minha imersão no grupo de pesquisa, no Observatório de Políticas e Cuidados em Saúde da UFMG e, em uma tentativa de construirmos um caminho para produção do exercício metodológico, nos identificamos e elegemos a cartografia, inspirada na esquizoanálise de Deleuze e Guattari como método de análise.

Para Feuerwerker (2005) o trabalho cartográfico busca produzir visibilidade às expressões de ações e manifestações da subjetividade interrogada.

trago de novo para a cena a produção de Deleuze e Guattari e a perspectiva da cartografia como possibilidade de aproximação analítica aos espaços concretos de produção. Isso se faz a partir de um trabalho cartógrafo, que busca produzir mapas, busca seguir as linhas e as conexões, para permitir ampliar a visibilização dos territórios existentes, procurando ao mesmo tempo escapar deles. Os mapas que o cartógrafo rabisca nesse caso pretendem produzir visibilidade às expressões de ações e manifestações da subjetividade interrogada. (FEUERWERKER, 2005, p.32)

Souza e Francisco (2016) referem que a política cognitiva impregnada na cartografia possui um viés construcionista que entende o conhecimento como uma produção coletiva e social, resultante da composição dos elementos processuais provenientes da realidade-território-contexto, bem como dos fragmentos dispersos evocados pela memória do pesquisador e dos colaboradores envolvidos.

No entendimento de Barros e Barros (2013) a cartografia comporta tanto a subjetividade quanto a objetividade, ela lança luz sobre processos em que sujeito e objeto definem-se mutuamente. Isso posiciona esta pesquisa na oposição ao conceito de neutralidade do pesquisador, que está necessariamente implicada com o tema.

O cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas. Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia (RONILK, 2017)

Na caixa de ferramenta conceitual trago também outros conceitos-ferramentas: o pesquisador in-mundo, como postura e o pesquisador militante, como identificação.

Como propõe Abrahão *et al* (2016) esta pesquisa não se revela apenas na descrição dos acontecimentos, mas constrói debates e promove concretudes e outras formas de dizibilidades do acontecimento.

O conceito de pesquisador in-mundo foi utilizado pela primeira vez por Ricardo Moebus, para designar a implicação do pesquisador com o objeto. Parte da ideia de que o pesquisado e o objeto são mutuamente constituídos e intrinsecamente implicados e não se diferenciam na construção do fazer investigativo. (ABRAHÃO *et al*, 2013; SOUZA e FRANCISCO, 2016; CERQUEIRA e MERHY, 2016).

O pesquisador produz ação política e contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos (ABRAHÃO *et al*, 2013)

Nesta perspectiva, o pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. Como conector e na busca pelo incremento do coeficiente de transversalidade, ele é atravessado. (ABRAHÃO *et al*, 2013, p. 157-158)

Pesquisador, pesquisado e objeto emergem em um campo de forças que os posiciona tensionalmente em processos de coprodução mútua e simultânea, na tessitura de fios a compor uma teia que os sustenta, em um horizonte de significação possível.

(SOUZA & FRANCISCO, 2016, p. 814)

E nesse “movimento permanente de atravessamentos, nos territórios que se forma, deforma e se transforma durante a investigação” (ABRAHÃO, 2013, p. 159), o encontro com o “Consultório de Rua” dispositivo da Rede de Saúde de Belo Horizonte despertou em mim tanta admiração, por sua inventatividade e resistência - inclusive às normativas do abrigo compulsório-, que recentemente voltei para rede de saúde do município para atuar como enfermeira neste espaço, me deslocando de pesquisadora-militante para pesquisadora-profissional-militante. Vale pontuar isso, porque além desse estudo ter me levado para esse lugar, os encontros produzidos no cotidiano de trabalho também atravessam os sentidos produzidos nesse estudo.

Para Merhy essa mútua-relação é também objeto de análise.

O incômodo que mobiliza é também material da análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante. Sempre se repondo, como instituído e instituinte. O saber operado e produzido como um misto permanente de conhecimento sobre e conhecimento para mapear territórios e desterritorializações, que se interrogam, interrogando os sujeitos em suas várias formas de existência, é a sua intenção, permitindo-nos analisar estas relações de muitas maneiras (MERHY, 2004, s/p)

Merhy (2004) em uma reflexão do conhecer militante do sujeito implicado apresenta que não é possível pensar o sujeito em ação sem sua implicação. Referencia Carlos Matus que afirma que “a própria situação é o modo como o sujeito recorta interessadamente a realidade, na qual se significa e sob a qual se debruça com a sua ação e saberes, e a partir da qual não pode “enxergar” um hipotético real como totalidade.” (MERHY, 2004, s/p)

O autor ainda coloca que a produção do saber militante é novo e auto analítico, individual e coletivo, particular e público. Ele pode fazer sentido para quem está no processo de análise e para os outros que compõem o cenário de interrogação. Aqui as implicações e os modos de dar sentido e significar o fenômeno estão no centro do processo de construção de conhecimento.

A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagônica pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito

interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo. Neste tipo de processo a implicação é estruturante do processo, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção. (MERHY, 2004, s/p)

Como parte da produção de dados, nos utilizamos de entrevistas em profundidade com sujeitos envolvidos na elaboração, implementação, institucionalização e resistência às normativas do abrigo compulsório.

Para Neto (2013), é através da entrevista de campo que o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais e isso não significa que se trata de uma conversa despreziosa e neutra.

Para melhor compreender as disputas no interior dessa problemática julgamos importante incluir nesse estudo os documentos produzidos antes, durante e após as normativas do abrigo compulsório. Foi considerado também como fontes de dados para este trabalho o acesso a documentos públicos, relatórios técnicos, atas de reuniões, transcrições das audiências públicas e ofícios cujo tema eram as normativas sobre o abrigo compulsório dos filhos das denominadas mães órfãs e ainda as discussões realizadas dentro do Observatório. Além disso constituíram-se em material analítico a participação da pesquisadora em espaços de discussão da temática como seminários, audiências e atos públicos e suas percepções e reflexões captadas a partir da sua vivência e atuação registrada por meio do seu diário de campo.

A opção de utilizar também o diário de campo passou por reconhecer nesta ferramenta importante dispositivo que permite captar, em ato, as minhas percepções e contribui para a construção dos mapas das tensões.

O diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congregando os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado (NETO, 2013, p. 63).

Guardadas as devidas proporções, comparamos nosso diário de campo com a narrativa utilizada por Abrahão *et al* (2016) em uma pesquisa “Avaliação compartilhada

do cuidado em saúde” onde utilizam a narrativa “como uma ferramenta de produzir deslocamentos em nós, provocar com a escrita os sentidos da experimentação e na leitura a análise das nossas implicações e a construção de conhecimento produzidos no encontro” (ABRAHÃO *et al*, 2016 p. 215)

A pesquisa foi conduzida na Região Metropolitana de Belo Horizonte de forma conjunta com os vários atores implicados, em especial na cidade de Belo Horizonte porque foi nesse município que oficializou e instituiu com essas normativas o abrigamento compulsório para esse público.

Para definição da amostragem não foi definido aqui o número (“n”) de entrevistas ou narrativas. O “n” foi considerado satisfatório quando os pesquisadores conseguiram abranger as interconexões necessárias para a compreensão da temática, reconhecendo, inclusive, que se trata de uma compreensão provisória.

Embora, o máximo de abrangência das ações precise ser antecipadamente previsto, muitos atores sociais importantes costumam ser descobertos no decorrer da pesquisa e se deve promover sua inclusão progressiva na amostragem. Certamente o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar todas as possibilidades de se aproximar do objeto empiricamente, prestando-se atenção a todas as suas dimensões e interconexões (MINAYO, 2017)

Foram selecionados para o estudo atores implicados com a temática do abrigamento compulsório no município de Belo Horizonte e, que de alguma maneira, foram responsáveis pela formulação, implementação ou controle da implementação das normativas do abrigamento compulsório. Carregam em sua narrativa a valoração do sentido daquela política em formulação, e ao atuarem são capazes de expressar expectativas, visão sobre grau de dificuldade de implementação, avaliação quanto à adequação do instrumento proposto à realidade do país e local, opinião sobre os outros atores da cadeia de produção do cuidado, propostas alternativas e efeitos sobre eles, os serviços e usuários. (MERHY, 2013)

Participaram da pesquisa dezenove atores implicados com a temática, sendo que no escopo dos participantes estão gestores e trabalhadores da saúde e do serviço social, agentes do direito, pesquisadores, militantes sociais, representantes de conselhos de

usuários, conselheiros de categorias profissionais, conselheiros tutelares, Membros da Defensoria Pública Estadual, membros da Clínica de Direitos Humanos da UFMG e representantes dos movimentos feministas. Vale ressaltar que apenas tivemos recusa de realizar entrevista com representantes do Ministério Público Estadual e do judiciário. Foram várias as tentativas tendo sido ofertada a possibilidade de realização da entrevista presencial ou por e-mail. Mas não obtivemos sucesso.

As entrevistas foram feitas entre agosto de 2017 a novembro de 2018 e foram acompanhadas por, pelo menos, dois pesquisadores do Observatório de Políticas e Cuidado da UFMG. Para este trabalho julgamos importante destacar o lugar de fala dos participantes da pesquisa, mas para manter o anonimato os nomeamos da seguinte maneira:

Os participantes da pesquisa que compunham a gestão do nível central da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte sejam no corpo diretivo ou em áreas técnicas específicas, foram nomeados assim: Gestão – SMSA 01, Gestão – SMSA 02, Gestão – SMSA 03, Gestão – SMSA 04, Gestão – SMSA 05.

Foram entrevistadas Gestores de três maternidades da rede SUS da PBH, e foram nomeados de acordo com a ordem da realização das entrevistas: Gestão maternidade 01, gestão da maternidade 02, gestão da maternidade 03.

Dos trabalhadores das maternidades participaram dois assistentes sociais de maternidades distintas, e foram nomeados pela ordem da entrevista, Trabalhador maternidade 01 e trabalhador maternidade 02.

Da Atenção Primária a Saúde (APS), participaram: um gestor - Gestão – APS e dois trabalhadores, nomeados como Trabalhador da APS 01 e Trabalhador da APS 2. Nesse caso as trabalhadoras são de Unidades diferentes e foram nomeadas de acordo com a ordem da realização das entrevistas.

Foram ainda entrevistados dois conselheiros tutelares, nomeados também pela ordem da realização das entrevistas, um conselheiro de saúde, um conselheiro dos direitos da criança e do adolescente – nomeado como CMCA e um defensor público.

Conforme resolução do CNS nº466 de 2012, os atores que participaram do estudo, foram informados dos objetivos da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre

e esclarecido (TCLE), disponível no APÊNDICE I. Foi garantido o anonimato no trato dos dados obtidos, a ausência de ônus, o direito de solicitar elucidação em qualquer fase da pesquisa e de proibir a utilização de seus relatos sem que isso lhes cause dano ou prejuízo conforme resolução do CNS nº466 de 2012.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa Nacional, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais, Nos seguintes pareceres: i) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): Nº 1.756.736 ii) Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Nº 1.847.486, iii) Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais: Nº 2.264.660. Disponíveis nos anexos B, C e D.

Quantos aos recursos esta pesquisa foi financiada, a partir da chamada 'Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit No 41/2013 - Rede Nacional de pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde'.

O recurso foi destinado à realização de encontros regionais e nacionais da Rede de Observatório para estudo, aprofundamento e produção de conteúdo para as diversas pesquisas;

Além disso contei com a bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES no período de 12 meses, de dezembro de 2017 até janeiro de 2019.

Assumimos como limitação desta pesquisa o fato de as entrevistas serem aplicadas por vários pesquisadores. Embora o conjunto de pesquisadores que compõem o Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG estiveram presentes em todas as etapas de elaboração dessas propostas de pesquisa, existe a subjetividade implicada na condução de cada entrevista. O que pode despertar a atenção de um pesquisador pode não despertar a atenção de outro pesquisador e, isso pode repercutir em entrevistas que exploram mais uma questão se aplicada por um pesquisador específico e outras explorarem outras questões quando aplicado por outro pesquisador.

Todo pesquisador, como já está consagrado pelas discussões sobre o "fazer ciência", é, além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, um sujeito ideológico, um

sujeito “cultura”, ou seja, um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras. (MERHY, 2004).



### **CAPÍTULO 3 - SEGUNDAS HISTÓRIAS: Mapa das forças que viabilizaram a criação das normativas no Município de Belo Horizonte - BH.**

*Viver é muito perigoso... Querer o bem com demais força, de incerto jeito, pode já estar sendo se querendo o mal, por principiar. Esses homens! Todos puxavam o mundo para si, para o concertar concertado. Mas cada um só vê e entende as coisas dum seu modo. (ROSA, 2001, p. 33).*

Rolnik (2006) afirma que o cartógrafo carrega consigo um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações - este, cada cartógrafo vai definindo e redefinindo para si, constantemente.

Diante dos elementos possíveis acessados para essa composição cartográfica , i) as entrevistas feitas, transcritas e ouvidas; ii) o diário de campo (quase um divã dado a complexidade do tema) e iii) os documentos que tive acesso, proponho aqui, com meu olhar, com o que me captura e com o que me afeta tentar produzir uma prosa entre esses achados com as reflexões já acumuladas no campo científico.

Assim, o viés construcionista da cartografia, que entende o conhecimento como uma produção coletiva e social, com composição de elementos processuais e de elementos dispersos (SOUZA; FRANCISCO, 2016) nos trouxe até aqui. Nesse percurso, lemos, relemos, organizamos, refizemos os caminhos, revisamos o que almejamos, consideramos nossos direcionamentos e nos re-territorializamos.

#### **1 MACROPOLÍTICA DAS NORMATIVAS DO ABRIGAMENTO COMPULSÓRIO.**

*A gente vive repetido, o repetido, e, escorregável, num minuto já está empurrado noutra galho [...] digo: o real não está na saída nem na chegada: ele dispõe para a gente é no meio da travessia. (ROSA, 2001, p. 80)*

Para desenvolver este trabalho, partimos da hipótese de que existia, pelo menos,

uma das três questões do plano macro político que podem ter sido orientadores para a construção das normativas do abrigo compulsório em Belo Horizonte ou mesmo sinais da influência destes fatores no contexto atual: Higienismo, Guerra as Drogas e o modelo de maternidade sustentado pelo patriarcado.

### **1.1 Pistas do Higienismo**

Quando se instituiu as primeiras recomendações do Ministério Público, as recomendações 05 e 06 de 2014, houve uma reunião com os agentes do direito, trabalhadores e gestores da saúde, conselheiros tutelares e assistentes sociais com o judiciário e aparece um relato de um dos agentes do ministério público - reproduzido também por outro participante deste estudo entrevistado - que nos leva a acreditar que uma das intencionalidade contidas nas normativas do abrigo compulsório passavam pelo higienismo.

E aí eles passaram um documentário da Rede Globo, aquele “os Filhos do Crack” que mostra uma gestante na “boca”, mulher negra no final de gravidez, e o repórter pergunta pra ela “o que é felicidade pra ela?” e ela até fala: “Felicidade pra mim é eu cuidar dos meus filhos, aí um briga com o outros, aí eu separo e falo pra eles que não pode brigar.. “ bonitinho! E aí eles perguntam pra ela se ela fez o pré-natal, ela diz que “Não”. E por que vc não fez? “Porque eu não quis”. E parou aí.. “porque eu não quis”. Então eles começam com esse vídeo aí, e volta dizendo que “você viram? A Recomendação 6 vem por isso.. ela não quis fazer o pré natal” ela falou essa expressão “mulher usuária, ela não presta”. Ela disse também que a família extensa, a mãe a avó materna, “porque teve uma filha usuária ela também não presta para criar um neto”. Essa expressão .. ela falou disso e outras coisas assim muito graves. (GESTÃO - SMSA 02)

Não resta dúvida que aqui encontramos pistas de criminalização da pobreza, racismo, guerra as drogas e conflitos quanto ao padrão de maternidade e até sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

Ferla, Jorge e Mehry (2018) questionam a atuação do estado na direção de permitir e induzir a separação compulsória de mulheres de seus filhos. E fazem uma provocação ao fato de termos inaugurado isso antes mesmo do da “perversidade trumpeana” de

separar os filhos de imigrantes de seus pais, lá nos EUA. Como assim?” (FERLA, JORGE & MERRHY, 2018, p. 05). O que essa simetria nos diz?

A higiene, de maneira geral, entendia que a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade eram as causas das doenças, cabendo à Medicina refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais, visando neutralizar todo perigo possível (COSTA *apud* MANSANERA; SILVA, 2000, p. 117)

No mesmo conceito dos preceitos higienistas o público alvo das normativas são crianças e as mulheres vulnerabilizadas e isso é problematizado em vários momentos da entrevista, chama atenção as colocações desses pesquisados.

Eu não sei qual é a convicção que as pessoas têm em relação a isso, né. Mas, eu acho que tem uma postura autoritária também com relação às pessoas vulneráveis. No caso, moradores de rua, pessoas em desemprego prolongado, doentes, de que elas não teriam condição de ser, oferecer o cuidado, o afeto para a criança, e que o estado teria de intervir. Aí você retira a guarda, né. Tem uma coisa meio eugênica por trás disso, né (GESTÃO - MATERNIDADE 02).

eu acho que tem esse contexto da criminalização, da pobreza, ne. Acho que tem da criminalização da pobreza, da criminalização do uso de álcool e outras drogas, ne, é, da criminalização das mulheres, de maneira geral pobres e moradoras de rua, num contexto em que isso tem aumentado, ne, assim, tem, eu acho que tem um contexto de disputa política e de acirramento que a gente vive assim (ATIVISTA DO MOVIMENTO FEMINISTA)

Isso vai ao encontro da literatura produzida sobre o abrigamento compulsório em Belo Horizonte, onde o autor afirma que as normativas têm um sentido discriminatório, mostram insensibilidade, banalizam o sofrimento alheio. Os alvos são mulheres que utilizam o SUS, que estão no momento do puerpério e por isso dispensaram mais ações de cuidado e atenção e ainda tem seu sofrimento banalizado. Além disso “As inúmeras possibilidades de cuidado são simplesmente negadas, dando lugar a uma suposta moral, que, através do biopoder atribuído aos órgãos judiciais, impõe uma punição a mães e seus filhos”. (FRANCO, 2018, p. 88)

A simetria dessas práticas higienistas antes endossadas pela ciência, e hoje endossado pela moral e pela justiça foi enfatizado pelos participantes da pesquisa:

E, do meu ponto de vista, eles estão usando esse saber médico, esse poder médico, a ciência travestida de poder médico, e também o poder travestido de ciência, pra dizer que a hora certa de pegar essas crianças, de limpar a área, limpar a raça e melhorá-la, porque é higienista. Seria isso, pegar esses bebês e dar a eles uma formação diferente da que eles têm hoje enquanto uma “sub-raça humana”, zumbis, imprestáveis. Acho que eles realmente enxergam a vida assim: essas pessoas não têm direitos, porque elas não têm jeito. E se não tem jeito é melhor descartar, aí descarta a mãe, a família, pega o bebê e vai cuidar (GESTÃO- SMSA 01).

Mesmo que a saúde diga “é melhor tirar a criança de perto da mãe, em termos fisiológicos”, quem é a saúde ne? Que autoridade é essa que pode dizer sobre quem vai ficar com o filho ne, quem é a justiça? Quem são as mulheres? Então assim, quem decide sobre essa união? Essa tem que ser uma pergunta que eu defendo que na radicalidade as mulheres que têm que escolher ne, que tem que saber, e aí sim, nós podemos informar, podemos criar uma rede de suporte, agora quem tem que decidir isso são as próprias mulheres, sem sombra de dúvida ne. (ATIVISTA DO MOVIMENTO FEMINISTA)

Por sua vez, captamos durante a entrevistas reflexões de gestores da saúde que nos levaram a afirmar que algumas orientações higienistas ainda transitam no interior dos serviços de saúde.

falar também um pouco sobre contracepção porque é meio que tabu, eu sinto, existe uma resistência muito grande muito grande, como se não pudéssemos falar de contracepção para mãe que está em uma situação de vulnerabilidade social. (GESTÃO - MATERNIDADE 03)

Em relação a contracepção forçada, já se tem um acúmulo na saúde pública que isso fere os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Sobre isso, o Ministério da Saúde aponta que:

A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos” (BRASIL, 2013, p. 17).

Mesmo com essa orientação do Ministério da Saúde assuntos como esse estão em constante disputa no interior dos serviços de saúde.

Ainda sobre essas pistas que nos levam a afirmar a intencionalidade higienista das normativas um dos participantes da pesquisa faz uma aproximação entre contracepção forçada com a retirada dos filhos de determinadas mulheres:

Primeira coisa é separar, esterilizar e/ou separar ne, se tiver. Esterilizar pra não ter mais, ne, e separar se tiver. Então era essa que era a norma. E aí avalizada por portarias ministeriais de pensamentos aí com essa lógica de exclusão, ne. (TRABALHADOR DA APS 02)

Ademais, neste estudo focamos nesse paralelo, que nos revela que em alguns terrenos da rede de assistência em saúde, pela persistência de concepções higienistas como essa, são mais favoráveis as intervenções que privilegiem esse modelo.

De fato, essa ideia é corroborada por Ferla, Jorge e Mehry (2018), que afirmam que mesmo com a suspensão da portaria 03/2016, ela continua sendo aplicada mesmo sem a sua obrigatoriedade, mostrando que está entranhada no imaginário coletivo, apontando para uma disputa de projetos sobre qual lugar mulheres em situação de vulnerabilidade social tem na sociedade contemporânea.

Mais que isso, acumulamos a partir desse estudo que esse “imaginário coletivo” atravessa o agir em saúde de alguns profissionais e gestores da saúde.

### *1.1.1 Pistas da Criminalização da Pobreza*

Algumas narrativas nos trouxeram para o caráter discriminatório, insensível e banalizado do sofrimento (FRANCO, 2018) e nos convidam a ter um olhar mais atento à questão que criminaliza a pobreza.

Teve uma mãe eu tenho que lembrar quem foi essa mãe porque me marcou demais falou pra mim sentada aqui e falou assim: Doutora não consigo entender por que tiraram meu neto só porque sou pobre? se Jesus Cristo nasceu no meio da sujeira, dos bichos aquilo não era família? Por que que eu não posso ter minha família? Por que eu sou pobre? Por que eu moro do lado do esgoto? (DEFENSOR PÚBLICO)

Um movimento na perspectiva da criminalização da pobreza. como se essas mulheres que já estão tão vulneráveis e já estão em situação de rua ou muitas vezes nem em situação de rua, mas fazendo uso ou já fizeram uso de alguma substância psicoativa como se elas não tivessem condição de cuidar dos seus próprios filhos. Então a gente vê o movimento forte judiciário mesmo, que é um

judiciário com seus alicerces branco, burguês, machista e na lógica patriarcal (GESTÃO - SMSA 03)

Nesse sentido, percebemos que existe uma certa fixação por parte dos propositores da normativas com um modelo “de lar”. Acreditamos que essa insistência esteja aí somente para compor uma narrativa, dado a incompatibilidade da complexidade social desse tema e a resposta proposta pela portaria.

Explico melhor, acompanhamos casos de tentativas de abrigamento para criança porque a casa não oferecia ambiência para a criança. Diante disso se propõe o abrigamento dessa criança em uma instituição que gera um custo significativo para o estado. Se o que se almejasse de fato fosse a proteção da criança não seria melhor que esses recursos fossem voltados para que essa família melhorasse ou acessasse melhores condições habitacionais? Assim amenizaria a problemática do suposto risco e garantiria o direito da criança em permanecer com a família.

Esses abrigos são instituições privadas sem fins lucrativos, geridos, em sua maioria, por entidades religiosas, que recebem recursos do município para prestar o serviço. **O valor repassado pela prefeitura, por criança, varia de R\$ 1.653,43 a R\$ 3.572,15, de acordo com a faixa etária que as unidades acolhem. Além do repasse do recurso financeiro, a prefeitura de Belo Horizonte fornece os gêneros alimentícios.** Ao todo, existem na rede 723 vagas, 97 para bebês (74 estão ocupadas). Até 10 de julho havia 47.010 crianças acolhidas no Brasil, sendo 3.631 bebês, e 4.198 entidades de acolhimento, de acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (MACIEL, 2017 - grifo nosso)

Ou ainda, seria essa proposta de abrigar essa quantidade de crianças e, em consequência girar essa grande quantidade de recurso para o abrigo, passa por outros agenciamentos?

Do ponto de vista do cuidado, nos modelos que defendemos, a resposta a problemática e passaria por outro percurso.

Em uma das entrevistas captamos essa problematização:

Ela resultou nisso ne, na exclusão, na segregação, no apartamento de mãe e bebê. As consequências, ne, do apartamento mãe e bebê, é impressionante como a gente, a gente pensar em financiamento em saúde pública, pensar em eficácia em saúde pública, ne, cê pensa então no quanto que você vai gastar com

uma criança sequelada que vai pra um abrigo, que depois vai ne, entra em uma situação, não se sabe o que vai acontecer com uma criança dessa. Quanto que cê vai gastar em política pública, com uma criança de abrigo em abrigo, em situação de rua, em situação, na mão do tráfico, na mão da noite e do dia, qual o gasto que você vai ter com o cidadão, a partir do momento, de um ato de separação, sendo que manter o sujeito no seu núcleo, organizar o núcleo, reorganizar o núcleo de acordo com a modernidade do núcleo, ne, que são famílias contemporâneas, considerar o conceito de família contemporânea, é isso. (TRABALHADOR DA APS 02)

Ainda, encontramos pistas da sobreposição de discriminação dessa ordem, especialmente para aquelas que somam uma série de vulnerabilidades - são na sua maioria negras, pobres ou que tem que prover todo o sustento familiar, em situação de rua ou usam drogas.

Esse estereótipo aparece associado ao conceito de classe e raça, porque se a mulher fosse branca, fosse de classe média ou se fosse para uma maternidade privada não teria sua capacidade protetiva questionada. Esse caráter de classe nos aparece na própria portaria 06/2016 quando no Artigo 1º inciso 2 tem a exigência de que na “comunicação deverá indicar a qualificação, o endereço e o telefone fixo e celular da puérpera” (MINAS GERAIS, 2014b).

Novamente me deparado com mais uma pista que confirma esse caráter quando, no decorrer desta pesquisa, em uma conversa com um agente que defende as normativas, compara a minha experiência de ser mãe, provavelmente por ele julgar ser privilegiada, com a experiência de uma mulher alvo da portaria - lê se aqui negra, mais pobre, sem acesso a algumas e talvez sem casa. Ele diz que mesmo que eu “fizesse uso de uma maconha, por exemplo, por estar no mestrado da UFMG, ele iria pressupor que eu tenho uma estrutura razoável para criar meu filho”. Naquele momento, me recordei da memória do meu parto em 2015, em uma maternidade pública de Belo Horizonte, e embora, as normativas estivessem em vigor, em nenhum momento fui questionada da minha capacidade protetiva. Abaixo uma problematização desse quesito feito por uma trabalhadora:

Então assim, a minha ideia é de que tenha surgido baseado nesse ideal de família, de sociedade, de mãe, que é muito diferente das mães de classe média... eu fico pensando, qual mãe de classe média, tem várias alcoólatras, usuárias de

substâncias ilícitas, será que essas mães tiveram seus filhos retirados? Então, será que é a droga, acho que tem... ou é também a pobreza, é o fato de ser negro? Então acho que... tem todo nesse bojo aí um preconceito de classe, um preconceito racial. Será que as mães do Mangabeiras, usuárias de drogas foram privadas de terem seus filhos? De criarem seus filhos? Será que as mães que tem uma condição social e tem casa melhor, mesmo com uma dependência? Eu conheço mães alcoolistas graves que criaram seus filhos. (TRABALHADOR DA APS 01)

acho que é dessa sociedade e dessa família idealizada. De uma sociedade e de uma família idealizada e, assim, que alguns tem autorização de criar seus filhos e ser mãe, que outros não, depende de onde nasce, o que faz, quais as escolhas. Eu acho que é algo assim que não cabe isoladamente a justiça decidir quem tem condições de ficar com o filho e quem não tem. Então, eu acho que os valores são esses assim, de definir grupos, quem pode e quem não pode. E ao que me consta não é isonômico, eles não fizeram isso em maternidades particulares, só das maternidades públicas. Então assim, não teve essa isonomia.. (TRABALHADOR DA APS 01)

Ambos caminham no sentido de se criar mecanismos para preservar as relações entre criança, mãe ou família extensa. Não o contrário como parece ser a intencionalidade das normativas.

## **1.2 Pistas da Guerra às Drogas**

No que diz respeito ao higienismo municiando a guerra as drogas, vemos adiante mais uma problematização frente a esse aspecto orientador das normativas. O Pólos da UFMG (2017) produziu um documento que diz sobre esse aspecto.

A trajetória progressiva de vida dos pais não deve ser utilizada como único e razoável fundamento para se determinar a separação dos seus filhos, e deve-se evitar qualquer consideração simplista ou de natureza discriminatória sobre essa condição. Os profissionais encarregados de efetuar visitas e vistorias devem receber formação adequada para levarem em conta o momento atual e todos os esforços de natureza subjetiva e material desses pais para receberem e cuidarem de seus filhos. E sempre que constatarem uma situação de grave vulnerabilidade, devem dar notícia formal desse fato ou situação à rede de atenção básica de saúde e assistência social e ao Conselho Tutelar, para que esses adotem medidas para assegurar os direitos básicos a essa família". (POLOS, 2017. p 14)

É importante pontuar que o modelo de tratamento hegemônico em relação ao uso de drogas é um modelo voltado à abstinência em detrimento ao modelo que utiliza como estratégia a redução de danos. Nesse sentido, Souza (2018) aponta que o paradoxo das drogas é constituído da dualidade da repressão/criminalização que vem acompanhada da medicalização do consumo de drogas. O modelo de atenção em relação ao uso de drogas tem, ainda hoje, a hegemonia de um modelo fracassado que se pauta na abstinência, recaída e punição;

Nesse estudo tivemos pistas de que a criminalização e a repressão do uso de drogas foram exploradas para construção das normativas de maneira tática e estratégica<sup>3</sup>.

Agiu de maneira estratégica uma vez que a intencionalidade das normativas era mesmo punir quem fazia uso de drogas e de maneira tática uma vez que a hegemonia já instituída de criminalização das drogas serviu para captura de determinados profissionais dentro da rede de saúde, isso subsidiaria pareceres favoráveis dentro da rede de saúde.

Adiante as pistas que nos trazem a guerra as drogas como estratégia:

é uma visão apriorística do que será situação de risco generalizada e discriminatória. Eu ação que o pior problema na aplicação dessa medida de proteção e a discriminação estrutural. Porque o problema é você inculcar em toda a rede de atendimento que mãe pobre suja, desempregada não pode ser mãe (...) então isso é uma coisa que me preocupa assim, mais a nível macro né? E um pouco dessas ideias de que conservadores aí de que é... se é drogada não pode ser mãe. (DEFENSOR PÚBLICO)

Estamos sendo instruídos de quando formos ao juiz ou juíza não falaram que ela usa droga, porque eles não toleram não entendem e não querem saber. Usou droga acabou. Droga ilícita, agora falar que está usando a clorpromazina, o Diazepam, o que for prescrito pelo psiquiatra pode. Eles não sabem o que é

---

3 Estratégias seria a técnica utilizada para alcançar um objetivo a longo prazo, tática seria a aplicação direta e variável dos instrumentos individuais. "Do ponto de vista puramente militar, a tática é "a arte de utilizar as armas em combate, tirando delas o maior rendimento" (Beaufre), enquanto que a estratégia se pode conceber como um plano mais vasto e complexo, que se apóia num conjunto de princípios de caráter geral e de propósitos diretamente operativos intimamente ligados entre si." (BOBBIO, 1909, p. 432)

redução de danos. que eles não vão parar de usar drogas de uma hora para outra que levam tempo. (GESTÃO- SMSA 01)

(...)

Acho que a sociedade inteira é preconceituosa, não reconhece o interesse da indústria de bebidas ou do tabaco que causa tanto mal comprovadamente e aí vão repercutindo este preconceito com o usuário de crack, que é um preconceito social na verdade. por que Outras Drogas são toleradas a cocaína e heroína, as caras são toleradas (GESTÃO- SMSA 01)

Um dos participantes da pesquisa trouxe pistas da Guerra as drogas vista de maneira tática, como se vê adiante:

A justificativa foi encontrar um caminho em Belo Horizonte pra essa situação porque realmente... o por...o... a questão já estava postas, as mulheres né... usuárias de cracks contumaz... em vulnerabilidade, chegava na maternidade sem fazer nenhum pré-natal, às vezes não tinha um membro familiar, fazia o uso de drogas ilícitas durante a gravidez ... e... dava alí a luz e muitas crianças iam pro abrigo, chegam no abrigo, eu trabalhei em abrigo, chegava em abrigo com... é... com... eu esqueci a palavra... (CONSELHEIRO TUTELAR 01)

Em uma produção do Ministério da Saúde, que questiona práticas como essa, ressalta-se que a condição de rua ou uso de droga associado a condição de gestante ou nutriz não é justificativa para flexibilização dos direitos, da autonomia e da liberdade. Portanto, não gera o direito de o estado intervir no processo de cuidado intrafamiliar. O fato de algumas mulheres, mesmo na condição de gestantes ou nutriz, escolherem fazer uso de álcool e outras drogas não pode interferir no seu direito de permanecer ou não com seus filhos. (BRASIL, 2015).

### ***1.3 Pistas do modelo de maternidade e patriarcado***

Ainda no plano macropolítico, nos deparamos com uma forte orientação patriarcal para conformação das normativas. O que organiza a sociedade e fomenta o conceito de um modelo de maternidade que é majoritariamente branco, classe média e exclusivo e não considera, conforme afirma Elisabeth Badinter (2010), a heterogeneidade das opções femininas. Por sua vez, segundo Delphy (2009), o patriarcado é uma formação social de dominação masculina e sinônimo de opressão das mulheres.

O fato de um dos alvos das normativas serem mulheres no período gestacional ou puerperal, reforça que estereótipos femininos sustentados pelo patriarcado sempre estavam presentes. Isso também foi um elemento que os propositores das normativas usaram isso de maneira tática, para ganhar a narrativa e mobilizar novos atores e estratégica para subtrair direitos de determinadas mulheres.

A esse respeito, em maio de 2015, houve uma audiência pública na ALMG conjuntamente com as 'Comissões de Prevenção e Combate ao Uso de Crack e Outras Drogas', de 'Segurança Pública e Extraordinária das Mulheres', e representantes dos movimentos sociais e parlamentares que discutiram as normativas do abrigo compulsório. Foi unânime a acusação de que as recomendações do MP feriam os direitos fundamentais da mulher à maternidade e o direito da criança de conviver com sua família. Ademais, ressaltaram que estava ocorrendo somente em maternidades públicas. (MINAS GERAIS, 2015b)

Nessa audiência, destacamos uma fala contrária às normativas que dizia que elas escondem, nas entrelinhas, muitos preconceitos, que é a criminalização da pobreza uma vez que almeja mulheres em situação de rua, prostitutas e adolescentes, ou seja, pessoas vulnerabilizada. (MINAS GERAIS, 2015b)

Nas narrativas que contribuíram para esse estudo também encontramos questionamentos dessa ordem:

Porque é uma denúncia ne, ele tem que comprovar que aquelas questões realmente são questões que impõem riscos concretos e que já aconteceram situações de risco de vida da criança pra que ela não fique com a sua própria mãe. E o pai então, nem aparece. O pai não existe. A mãe é vítima, mas ela é a culpada de tudo sozinha. Não tem o pai, não se constitui a família extensa. O homem não aparece. Ele é pai só na hora de fazer, depois na hora da responsabilidade não aparece. Ninguém responsabiliza ele. Quem fica com a responsabilidade é a mãe e ela é julgada como incapaz sem o juiz conhecê-la, sem ela ter direito de defesa. Isso é inadmissível. (GESTÃO- SMSA 01)

Saber isso, assim, "cê" é uma mãe que presta ou uma mãe que não presta? É isso, aí se essa mãe não prestasse jogasse essa mãe pro lixo, é como se ela não tivesse nem direito ao cuidado, coisa absurda. (GESTÃO - SMSA 02)

Assim, quais são os requisitos pra ser uma boa mãe? O que... quais são os atributos que te dão o direito de criar seu filho ou não? Eu acho que isso é um

assunto complexo que não cabe só um poder definir isso. (TRABALHADOR DA APS 01)

De fato, pesa sobre as mulheres que reúnem esse conjunto de vulnerabilidades um julgamento de que estão imersas em circunstâncias nas quais a gravidez é um evento “indesejado” e de que são incapazes de gerir a própria vida pelo uso de drogas e pelas condições de vida. E essa narrativa opera a favor da retirada dos seus filhos (ORSINE *et al*, 2018).

Desse modo, são reforçados os resultados de Oliveira (2016), que em uma pesquisa com mães usuárias de drogas identificou que, somado à vulnerabilidade que levou a mulher a usar drogas, elas também estão sujeitas a “vulnerabilidade decorrente de determinantes socioculturais, políticos, econômicos e de gênero em torno do exercício da maternidade” (p. 31). Tais determinantes geram sentimento de culpa e sofrimento, o que contraria o ideal que desenha a natureza feminina como domesticada e maternal.

a condenação atribuída a vivência concomitante da maternidade e o uso de drogas. Por não se adequar ao perfil de mãe ideal sócio-culturalmente estabelecido, tal condenação, quer seja da própria mulher, de pessoas próximas ou da prole, constitui-se como elemento de vulnerabilidade, sobretudo quando envolve a gravidez e amamentação. A ideia de incompatibilidade entre exercer funções maternas e consumir drogas evidencia a preocupação em torno da criança em detrimento da condição de saúde da mulher, o que reforça o processo de culpabilização materna e exclusão social. (OLIVEIRA, 2016, p,82)

As normativas parecem então ter como estratégia a penalização da mulher que não se adequa nesse padrão. Mas vale lembrar que esse padrão de maternidade, construído e reforçado por políticas como esta são inatingíveis para a sociedade Brasileira. Até mesmo em outros países encontramos estudos que dizem de uma heterogeneidade.

O estudo Catherine Hakin, referenciado por Badinter (2010) no livro *O Conflito a Mulher e a Mãe* (já apontado anteriormente nesse trabalho) é preciso considerar que mesmo que esse estudo mostre uma realidade norte americana, com dinâmica social distinta do Brasil, podemos constatar algumas coisas similares: esse estudo já desmonta o instituído de que todas as mulheres deveriam viver exclusivamente para a criação de seus filhos, pois somente 20% fazem essa opção. Outro aspecto que chama atenção é

que se as mulheres decidem ter filhos, elas passam a ter o vínculo de trabalho enfraquecido, ou seja, elas têm carreiras mais instáveis e são penalizadas.

E se a isso somarmos a discriminação racial percebemos ainda mais uma sobreposição de exclusão e penalização. Ao analisarmos a história desde o Brasil Colônia, percebemos que o papel da mulher negra na maternidade sempre foi posto a serviço da ideologia instituída. Ao buscar referências históricas brasileiras sobre a maternidade Alvarenga e Souza (2017) trazem que “no período colonial brasileiro, tanto o corpo da mulher como a maternidade em si passaram por processos de medicalização, o que redundou em afastamento das mulheres de práticas e técnicas de partejar de tradição, especialmente aquelas de africana” (p.295).

As autoras encontraram ainda que, quando a mulher foi devolvida ao lar, houve um processo de disciplinarização e apontam algumas orientações higienistas:

Finalmente podemos observar como a mulher foi devolvida ao lar, em um processo de disciplinarização, sendo a maternidade sacralizada e a mulher entronizada como “rainha do lar”, a **ideologia higienista marginalizou as nutrizas (em geral amas de leite, mulheres negras) e condenou as mulheres que se eximiam do papel do de mãe**, disciplinou a atividade materna dentro de conformações essencialistas. Ao mesmo tempo em que a construção ideológica, de tipo essencialista, pretendeu anular a importância de análises históricas e socioculturais que conceberam o ideal de maternidade como algo inato às mulheres. (ALVARENGA; SOUZA, 2017, p. 296)

Os pontos de vista que nos trouxeram para essa reflexão, apresentados pelos participantes da pesquisa, nos chamavam atenção para o conflito do desejo da maternidade da mulher negra, que são duramente atingidas por essas normativas com o modelo hegemônico de maternidade, como se vê adiante:

Porque elas moram na rua, porque elas usam drogas, ainda que elas se disponham e mencionem que querem ter uma vida mais funcional, diferente a partir de... quer dizer, não foram dados a elas essa oportunidade, né. Então é de...é assim de serem feridas no mais íntimo da sua dignidade, dos seus direitos fundamentais, que é de ser mãe, de criar esses filhos, né. Eu acho que é uma

agressão lancinante assim, esse, esse direito que é fundamental. Tal qual você de dar a vida e de criar essa vida, (TRABALHADOR DA APS 01)

A gente percebe que mulheres que já vem historicamente muito violadas tanto pela questão de gênero, quanto por serem mulheres, negras, pobres, moradores de periferia ou em situação de rua. Então, já vem aí de um quadro de sofrimento muito intenso e que portaria só vem para contribuir com o sofrimento dessas mulheres e com a marginalização delas. (GESTÃO - SMSA 03)

Ademais, os entrevistados trazem a reflexão de aceitarmos, enquanto sociedade, essa maternidade possível.

Não é uma situação que elas aceitam. Não tem movimento de aceitação destas mulheres. Porque são mulheres que colocam o tempo todo, que “esfregam na nossa cara”, que o desejo da maternidade está posto, na maioria delas. Por que também não tem como a gente violar o direito de um outro modo dizendo que “você tem que ficar com a guarda”, se a mulher não tem esse desejo. O que a gente tem percebido é que a maioria destas mulheres tem esse desejo de permanecer com a guarda ou que a família extensa fique com a guarda para que elas possam desenvolver a maternidade possível, que é essa maternidade (GESTÃO - SMSA 03)

Esse aspecto do direito a maternidade das mulheres alvo da portaria foi um dos pontos mais utilizados para ilustrar as disputas de modelos de atenção. Se, por um lado a imposição de um padrão de maternidade, inatingível para a maioria das mulheres, norteou o convencimento de determinados atores para se retirar essas crianças do convívio da mãe. Por outro, encontramos o reconhecimento de que a maternidade pode ser um fator de proteção as mulheres, já que pode, inclusive, mediar o uso de álcool e outras drogas, reduzindo o uso, e por consequência reduzindo o dano e, até mesmo impulsionar que essa mulher busque melhores condições de vida.

Isso é problematizado por um entrevistado dessa pesquisa:

Então, assim... é... eu fico pensando... será que a justiça isoladamente, sem ouvir essas mães, será que tem condição de simplesmente porque a pessoa é uma pessoa que certamente vai ter mais dificuldade de criar esse filho, mas será que com o suporte da sociedade, será que com o suporte do serviço de saúde, dos movimentos sociais, da própria justiça, né? Se o desejo dela é de criar e de manter esse filho, essa Maternidade... Será que não seria até uma possibilidade

de ressurgimento, de cura? Ou mesmo que não de cura, de redução de danos, de uma vida mais funcional pra essa mulher? (TRABALHADOR DA APS 01)

E acionasse os recursos que fossem necessários naquele contexto, que pode ser diferente pra outra mãe, pra aumentar a potência dessa mãe, de criar essa vida, não é, e de continuar mantendo essa vida e dando mais vida pra ela e pra esse filho. E eu acredito que assim, vida pode gerar vida, que isso é possível nesse processo pode não dar certo mas é possível que, essa mãe se potencialize e que através desse filho, né, através desse desejo dela sendo respeitado, que pode ser até um incentivo para um uso mais racional né, uma abstinência que for possível pra ela, que seja possível né, uma redução de danos, enfim, então, o que eu sugiro é isso que, uma Portaria neste sentido né, que seja discutido o seu teor com a sociedade civil amplamente, com a saúde e que garanta essas condições pra que as mães que queiram ficar e as que não quiserem que possa comunicar pra elas que tem essa possibilidade, que seja oferecido uma estrutura, não só material, mas também logística, de apoio, né. (TRABALHADOR DA APS 01)

Ao contrário do que as normativas querem reforçar, a maternidade, para as mulheres que usam álcool e outras drogas, pode ser um fator de proteção, um estímulo para que ela busque um cuidado, que reduza o uso.

Então, a mãe, ela se vê em uma oportunidade de rever um vínculo com a própria vida e isso é uma coisa que a gente deveria buscar ofertar e garantir. (GESTÃO - MATERNIDADE 03)

Elas são usuárias de droga. tá bom... mas elas tiveram algum tratamento alguma vez? elas fizeram pré-natal bem ou mal fizeram uma duas três ou quatro consultas por esforço delas, que realmente a vida de exclusão não é parte de você superar, você fazer um movimento de ajuda e de acompanhar o serviço de saúde como exigido, por que se não fizer seis consultas, falam que não atende ao calendário. e tem outra dinâmica de vida, o tempo é outro. (GESTÃO-MÉDICA 01)

Na verdade, apenas o fato de algumas delas buscarem alguma consulta pré-natal ou ir à maternidade para o parto, já mostra uma responsabilização pelo cuidado, o que também foi concluído por Oliveira (2016) e Franco (2018).

É sabido que o uso de drogas não é uma ação contínua, alterna-se também com momentos de autocuidado, Oliveira afirma que:

a vivência da maternidade permeada pelo uso de drogas não se configura como uma ação padronizada e linear. É composto de ações de cuidados consigo, através da realização do pré-natal, redução do uso, substituição de substâncias consideradas mais prejudiciais por outras menos nocivas, busca por tratamento, cuidados diretos com a prole ou ainda, na doação dos filhos como forma de zelo e proteção (OLIVEIRA, 2016, p.101).

A pesquisa conduzida na Rede de Avaliação Compartilhada, sobre a Rede Cegonha, trouxe evidências de que a maternidade é uma fonte potencial de cuidado de si, já que abre possibilidade de pactuação com a vida. E se configura como uma ferramenta socioafetiva para superação de uso prejudicial de álcool e outras drogas. (FRANCO, 2018)

As mudanças psicossociais, que as mulheres vivem na gestação, podem ser um fator impulsionador para o abandono ou a redução do consumo de drogas. De uma forma significativa, é possível observar que a maternidade se caracterizaria como um efeito protetor. Nesse sentido, Reis *et al* (2008) pontuam que a vivência do processo gravídico pode ser repleta de significados e pode estimular as mulheres a projetarem atos futuros, já que são motivadas, “mediante a reflexão de suas experiências anteriores e da bagagem de conhecimento, ou seja, da situação biográfica” (REIS *et al*, 2008, p. 498).

É preciso garantir que o direito das mulheres de decidirem se querem ou não ficar com as crianças. E assim, cabe aos profissionais de saúde não as julgar e também considerar que nesse momento crítico da vida da mulher, que é o puerpério, elas precisam de muito apoio necessário para suas escolhas (BRASIL, 2015).

Para tanto, é fundamental que existam espaços de acolhimento para as mulheres e seus filhos para que possam ser cuidados no momento de vulnerabilidade durante a gravidez e a após alta da maternidade. Esses espaços ainda não podem ser cerceadores ou punitivos, devem ainda transitar entre a saúde e a Assistência Social (BRASIL, 2015).

## **2 A MICROPOLÍTICA QUE FAVORECEU A CONFORMAÇÃO DO ABRIGAMENTO COMPULSÓRIO.**

*O sertão não chama ninguém às claras; mais, porém, se esconde e acena. Mas o sertão de repente se estremece, debaixo da gente... (ROSA, 2001, p. 538)*

No plano micropolítico, partimos da hipótese de que, para elaboração e institucionalização das normativas do abrigo compulsório, houve uma articulação com atores que pactuam com as intencionalidades das políticas higienistas. Outra hipótese que levantamos é que, orientados por uma disputa macropolítica, existe no cotidiano do trabalho em saúde uma disputa dos modelos de atenção, para a produção do cuidado.

Todavia, no decorrer desta pesquisa percebemos que, com o objetivo de normalizar tais normativas, seus propositores se aproveitaram do reconhecimento de fissuras na rede, e ainda, da narrativa que transitava no cotidiano dos serviços que, diante dessa questão, a única alternativa viável seria o abrigo compulsório. Evidentemente, houve outras proposições e ações, mas acreditamos que essa narrativa hegemonizou, especialmente, permeou o cotidiano dos serviços e permitiu a conformação das narrativas.

Ademais, uma outra narrativa que já transitava no cotidiano dos serviços e contribuiu para isso, foi a da proteção à criança. Diante desse cenário, acreditamos ter existido uma captura dos atores que se orientavam por alguns aspectos do plano macropolítico (discutido anteriormente) e pactuados com essas narrativas se aproximaram mais do judiciário, o que em certa medida facilitou a conformação das narrativas.

### **2.1 Narrativas Construídas para conformação das normativas**

Na análise documental conseguimos captar algumas pistas das narrativas

construídas pelos propositores das normativas do abrigo compulsório. Isso é importante uma vez que permite acessar algumas de suas intencionalidades.

De início trazemos aqui um trecho da ata da sua 11ª sessão plenária ordinária do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente realizada em dezembro de 2014. No contexto foi discutido o tema do abrigo compulsório e apresentado o “Documento Manifesto dos Movimentos Sociais” que se posicionava contra as recomendações 05 e 06 de 2014 do Ministério Público de Minas Gerais. Em resposta a esse manifesto membros das 23ª Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte se posicionaram, como se vê no trecho a seguir:

as Recomendações 05 e 06/2014 tiveram como base o grande número de bebês de mães usuárias de drogas que chegam para adoção e/ou acolhimento institucional à Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte, como também recém-nascidos com abstinência de drogas, doenças e problemas neurológicos; percebe-se um endurecimento da sociedade em relação às Recomendações; ressalta a gravidade de um conselho da mulher subscrever um documento que diz sobre criança e adolescente; cita o art. 227º da Constituição Federal, que descreve que o direito da criança sempre terá prioridade absoluta sobre outros direitos em confronto. E se o direito da criança estiver em risco, deve prevalecer sobre o direito da mãe e afirma que a PJIJ tem que defender direito da criança em risco; analisa o não funcionamento da rede do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente e que é insuficiente a política pública que em sua opinião é o que está gerando o acolhimento de 180 (cento e oitenta) bebês, hoje em BH; a Lei fala que deve haver comunicação, do caso em questão, ao Conselho Tutelar sem prejuízos legais; o pré-natal, por exemplo, ele é obrigatório enquanto a criança estiver na barriga da mãe por ser ela que tem que zelar pela vida do filho que está dentro de sua barriga; afirma a obrigação da comunicação ao 23ª PJIJ de BH e ao Conselho Tutelar de gestantes que faz uso de cigarro e álcool, caso essa informação esteja em posse de um servidor da área; sobre o código de ética das profissões, o mesmo não pode estar acima dos direitos das crianças; todo caso encaminhado para a adoção tem informações da Assistência Social e da Saúde, as pessoas são ouvidas em juízo; (BELO HORIZONTE, Conselho Municipal da Criança e adolescente, 2014 – Grifo nosso)

Esse posicionamento nos aponta para narrativas que penetraram o cenário de disputa, especialmente no interior dos dispositivos de saúde e de assistência social e juntamente com as concepções macropolíticas contribuíram para a sustentação das normativas do abrigo compulsório que é o argumento de Proteção à Criança.

No que se refere proteção da criança um pesquisado aponta que essa foi uma

preocupação no início da elaboração das proposições, mas no decorrer das elaborações e institucionalização essa intencionalidade se desvirtuou.

que está posto na letra escrita é realmente essa preocupação radical com o direito, com o estatuto da criança e do adolescente, mas eu acho que como é um tema muito delicado e que envolve várias questões, eu penso que depois isso se desvirtuou (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

Essa narrativa é, sem dúvida, a principal justificativa para a conformação das normativas. A sua penetração, em todos os discursos dos que defendem o abrigo compulsório, é surpreendente. Contudo, a maneira com que isso começou a operar, muitas vezes sem uma reflexão crítica, encaminhando muitas das crianças de maneira serializada nos fez refletir que essa intenção. Mas já partimos do fato que essa narrativa é muito forte ganhou hegemonia em parte do serviço de saúde.

Para começar a sobreposição da proteção da criança a qualquer outro direito parece ser inquestionável. Essa “sobreposição” de direitos que beira à perversidade. Como podemos perceber nas duas colocações adiante:

ela pediatria, ela não tinha nome, ela não tinha endereço, era só o menino que era importante. Ela, como mulher, como trabalhadora, como sofredora, como viva, ne, ela não importava nem pra pediatria. Então agora cês acentuam ne, uai, mas e a mãe? Ficou órfã do seu filho. Muito interessante. (TRABALHADOR DA APS 02)

Não dá nem pra se discutir entre o direito da mulher e o direito da criança e o do adolescente, mas eu acho... eu vi que impactou negativamente nos movimentos sociais, sejam eles, né, no movimento de gênero, de raça, de habitação, porque a criança e adolescente ela perpassa, né, a criança no caso que é da portaria, ela perpassa todas as políticas públicas, né, e todos os movimento sociais. . (CONSELHEIRO TUTELAR 01)

Nessa direção, Banditer (2010) problematiza a sobreposição da criança à mulher. Socialmente é colocado que “A criança desabrochada com que todos sonham, exige uma mulher mais disponível, que organize sua vida em função dela” (p.133). Ainda é colocado que a presença da mãe com a criança até os 03 anos garante um melhor desenvolvimento, embora seja sabido que tal modelo é inacessível para a maioria das mulheres.

Nota-se que a mãe e sua família não são consideradas, é como se o enredo de cada história de mãe e seus bebês já estivesse previamente escrito, pois prevalece sempre a narrativa segundo a qual ‘a prioridade é a criança’, repetido como um mantra por todos os agentes do Estado, e com este “script” simplesmente se atropela o direito da mãe e da criança de serem uma família e terem entre si a necessária convivência. (FRANCO *et al*, 2018, p. 90).

Mesmo se tomamos a perspectiva de priorizar a criança, a retirada dela do seu convívio familiar não corresponde a promoção do cuidado. Como nos chama a atenção uma das entrevistadas.

Mas vamos pensar o caso mais drástico. Vamos pensar que ela é dependente química usa álcool e outras drogas, crack, de forma, é, ela é, assim, tem adição ne, usa álcool e outras drogas de maneira bastante prejudicial, e aí isso tem implicações pra saúde do bebê e pra saúde dela mesma, e nasce esse bebê e tá com essa mulher assim, tá com a mãe ne. **O que que, o que que a retirada desse bebê faz com que essa seja uma prática de cuidado?** Assim, o que a gente sabe, e a literatura também mostra, é que, em geral, a presença dessa mãe, a presença desse bebê, reduz danos às mães em geral, é, elas passam a cuidar do bebê e de si mesmas, então toda literatura que associa gestação, álcool e outras drogas vai dizer que a gestação é um fator que contribui pro cuidado de si e pro cuidado do outro, no caso dessas mulheres. **Esse bebê precisa de um cuidado técnico-científico da saúde, assim, o que não necessariamente implica no afastamento da mãe,** na verdade qualquer cuidado em saúde implica em uma aproximação da mãe, a não ser que ele esteja correndo risco de sofrer violência, assim, e ainda assim, se tiver esse risco, a gente tem um outro, uma outra defesa que é dos cuidadores primários, que toda a literatura da infância também vai falar, que é importante investigar quais são os cuidadores no contexto familiar (ATIVISTA DO MOVIMENTO FEMINISTA - grifo nosso)

Nessa contraposição ao argumento de abrigamento compulsório para garantir “proteção à criança”, uma trabalhadora da rede de saúde reforçou que é possível promover isso com a criança junto a família.

Eu acho que eles devem usar isso (se refere a sobrevida das crianças), mas, embora eu nunca tenha visto um pronunciamento deles, é possível atingir esse meio com outras ações, não essas. Como eu volto a dizer, garantindo e em uma ação da sociedade em conjunto garantindo suporte pra que essa mãe possa ter condições de vida, de moradia, de comida, acompanhamento clínico pra esse uso aí de substância e acompanhamento no cuidado da criança, no suporte e

não só as instituições, mas também tentar até chamar pessoas da rede dessa mulher, familiares que possam ajudar nesse apoio, amigos... ampliar essa rede de apoio, não só as instituições e essa mulher, mas todo mundo que seja próximo dela e pode ser viável e possível garantir qualidade de vida, garantir dignidade pra essa criança, junto com essa mãe, pra ambos. (TRABALHADOR DA APS 01)

E o próprio ECA, tão referenciado nessa narrativa, traz que somente em caso de excepcionalidade se retira a criança do convívio familiar.

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral. (BRASIL, 1990)

Em nota técnica do MS, a respeito do abrigamento compulsório, evocam o ECA para apontar que o direito à convivência familiar é também uma estratégia de garantia do direito ao desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Diante disso, é dever do Estado assegurar os cuidados que contemplem as escolhas das pessoas envolvidas, dentre elas a de se permanecer na relação entre mães e filhos. (BRASIL, 2015).

O trecho dialoga com esse questionamento

O argumento que... de natureza, supostamente ética, é de proteção da criança, ou seja, né. Pais que são usuários não teriam condição de cuidar da criança. É um pouco duma concepção de um estado que interfere, que tem poderes para interferir na unidade familiar, supostamente em nome da segurança da criança. E que esse estado teria capacidade de proteger. O que a gente questiona, né (GESTÃO - MATERNIDADE 02)

Eu acho que é por isso e por acreditar que o abrigamento em si não vai resolver o problema da família. Pelo contrário né, pode piorar, né. A separação da mãe do bebê pode... a mãe que tá em uma situação vulnerável ela pode ainda ir pra uma situação pior depois dessa perda. Então o entendimento até que a gente tem aqui também, de evitar o abrigamento é por isso né; porque a gente acha que não é a solução, tá longe de ser a solução e pode trazer consequências

péssimas tanto pra mãe quanto pro bebê. (TRABALHADOR DA MATERNIDADE 01)

Assim, podemos dizer que as normativas funcionam como um dispositivo de prevenção a situações de risco hipotéticas, o que é evidenciado pelas falas que usam casos de desfechos não satisfatórios, e os generalizam para todos os filhos de mulheres do perfil alvo.

Olha, no caso é garantir a... Tentar ne? Garantir aí a, conforme tá na portaria descrito, evitar que crianças fiquem na questão do risco direto, ne. Os valores da questão de manter aí a integridade física da criança, ne. Muitos casos que a gente já pegou nesse perfil muitas crianças já foram vendidas por mães, já teve situações bem complicadas aí, onde a gente teve que fazer o acolhimento institucional ou se não pedir busca e apreensão de mães em situação de, ne, de boca e tal, essas coisas assim, ne, que tinha a presença da criança lá. Mas os valores específicos assim eu não tenho assim um conhecimento. (CONSELHEIRO TUTELAR 02)

Que o bebê tem risco. eles partiam também da premissa de que o serviço de saúde não funciona. não sei se está escrito ali desse jeito, uma insuficiência do SUS do Centro de Saúde mental. eles falam isso muito: "já que o SUS não funciona e que não existe o serviço de saúde tal para dar conta da epidemia do crack, nós precisamos proteger esta criança, já que não tem política pública, que Não funciona, população de rua. "eles partem dessa premissa. "primeiro que essas pessoas não têm direito, elas não têm jeito. segundo que não adianta nenhuma política de saúde mental, por que sempre vai ser insuficiente, não tem jeito de beber risco e eu tenho que protegê-lo." (GESTÃO- SMSA 01)

Somado a isso, ainda trazemos a serialização do cuidado, que pode ter sido mais incorporado pelo setor saúde em função da hegemonia da narrativa da proteção à criança.

que a Portaria ela teve como embasamento os dados gerados pela "justiça". O que eles justificaram pra gente do.. é assim o número de crianças que estavam retornando com maus tratos e com violência, crianças que.. com denúncia que estavam na rua, que a partir do aumento desses casos que eles decidiram fazer alguma coisa pra tentar evitar o número de crianças nessas situações vulneráveis. (TRABALHADOR DA MATERNIDADE 01)

Nesse sentido, a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou o ofício Nº 76/2014 que trazia orientações às maternidades em

relação a abordagem com usuárias de drogas.

Cada caso deve ser avaliado em sua particularidade e elaborada uma proposta de abordagem integral de cuidado, envolvendo em especial a família, a família estendida e outras possibilidades de apoio no território que possam estruturar um projeto terapêutico singular com a abordagem clínica e apoio social de acordo com a necessidade. A avaliação clínica individualizada é soberana para a orientação e abordagem terapêutica e social. A separação mãe e filho não deve ser efetivada a priori antes de esgotadas todas as possibilidades de apoio intensivo a esta mulher, seu bebê e sua família. (BELO HORIZONTE, 2014).

Assim, ao pontuarem nesse mesmo ofício a necessidade de abordar a particularidade de cada caso, indica que é uma construção das narrativas das resistências, que defendem a não serialização do cuidado – que, por outro lado, era o que orientava o judiciário. Nesse sentido, trazemos a fala de outro participante da pesquisa:

*Os indivíduos são singulares e estão habitando o mundo cada um de um modo, não é como normatizar e a gente padronizar como deve ser uma ação para um fenômeno tão complexo que é do uso de drogas na contemporaneidade que vem inclusive para tamponar um sintoma do sistema capitalista: desemprego, da opressão de gênero, falta de moradia, de como toda a pirâmide organizacional na sociedade que é de poucos violando muitos. (GESTÃO - SMSA 03)*

Nos trechos a seguir, um participante reflete que a redação da portaria é razoável, mas a maneira como operou causou preocupação, ele ainda lança luz sobre a inauguração de “alguma modalidade de regulamentação de acolhimento cautelar”.

a redação dela (DA PORTARIA) é razoável, **agora quando eu comecei a deparar com os processos aqui e com as histórias e com as situações completamente reversível** e mães que tinham toda condição não só mães mas pais, eu tenho um caso de um pai que e então o meu contato com a portaria foi por ai e justamente o choque que eu tomei, porque eu vim de comarca aonde o entendimento lá é que o acolhimento é pior coisa que pode acontecer para a criança então é uma situação muito grave mesmo, que a gente não consiga posicionar nenhum elemento da rede que possa tentar suprir esse problema, essa carência ou uma situação superável, essa questão de abuso sexual e não como instrumento de prevenção que é o que acontece aqui, o acolhimento aqui é um instrumento de prevenção, que é o acontece aqui, o acolhimento aqui é um

instrumento de prevenção e isso que me causou estranheza (DEFENSOR PÚBLICO– Grifo nosso)

pelo meu conhecimento **essa portaria inaugurou alguma modalidade de regulamentação de acolhimento cautelar** que é essa ideia da prevenção acolhimento preventivo no processo a gente chama dessas medidas preventivas de cautelar (DEFENSOR PÚBLICO)

Por fim, problematiza:

O "Manual da Rotinas da Secretaria de Juízo e Competência Cível e Infracional da infância e Juventude do TJ de Minas" onde está localizado acolhimento institucional, então ele fala o acolhimento institucional então ele fala ou acolhimento e programado ou decorre deste flagrante d vitimização é comunicados deve ser comunicado VITIMA DE USO VIOLÊNCIA, abandono, situação da qual deve ser retirado. (DEFENSOR PÚBLICO)

Sobre essa entrevista específica, vou trazer aqui a minha anotação do diário de campo a partir dessa entrevista. A entrevista com esse ator não foi conduzida por mim, apenas escutei a gravação e li a transcrição da narrativa. Mas, mesmo assim essa elaboração de que as normativas “inauguraram alguma modalidade e regulamentação de acolhimento cautelar” e acumulado para o meu olhar incomodado para a da narrativa da “proteção à criança” fez meu corpo vibrar. A seguir, meu diário de campo do meu primeiro contato com essa entrevista:

Percebo a partir do encontro com esse entrevistado que a narrativa construída não se sustenta na proteção da criança apenas, ela se referencia no higienismo e por isso, de maneira serializada, impõe por cautela a separação da mãe. Então poderíamos falar aqui de que se trata de proteção higienista a criança?

Nessa elaboração sou levada a pensar que “proteção à criança” é apenas uma retórica. E que o que permeou de verdade a narrativa a esse respeito foi o

punitivismo - por a mulher ser mulher, por ela ser negra, por ela ousar querer ser mãe, e por ela infringir o instituído e usar drogas.

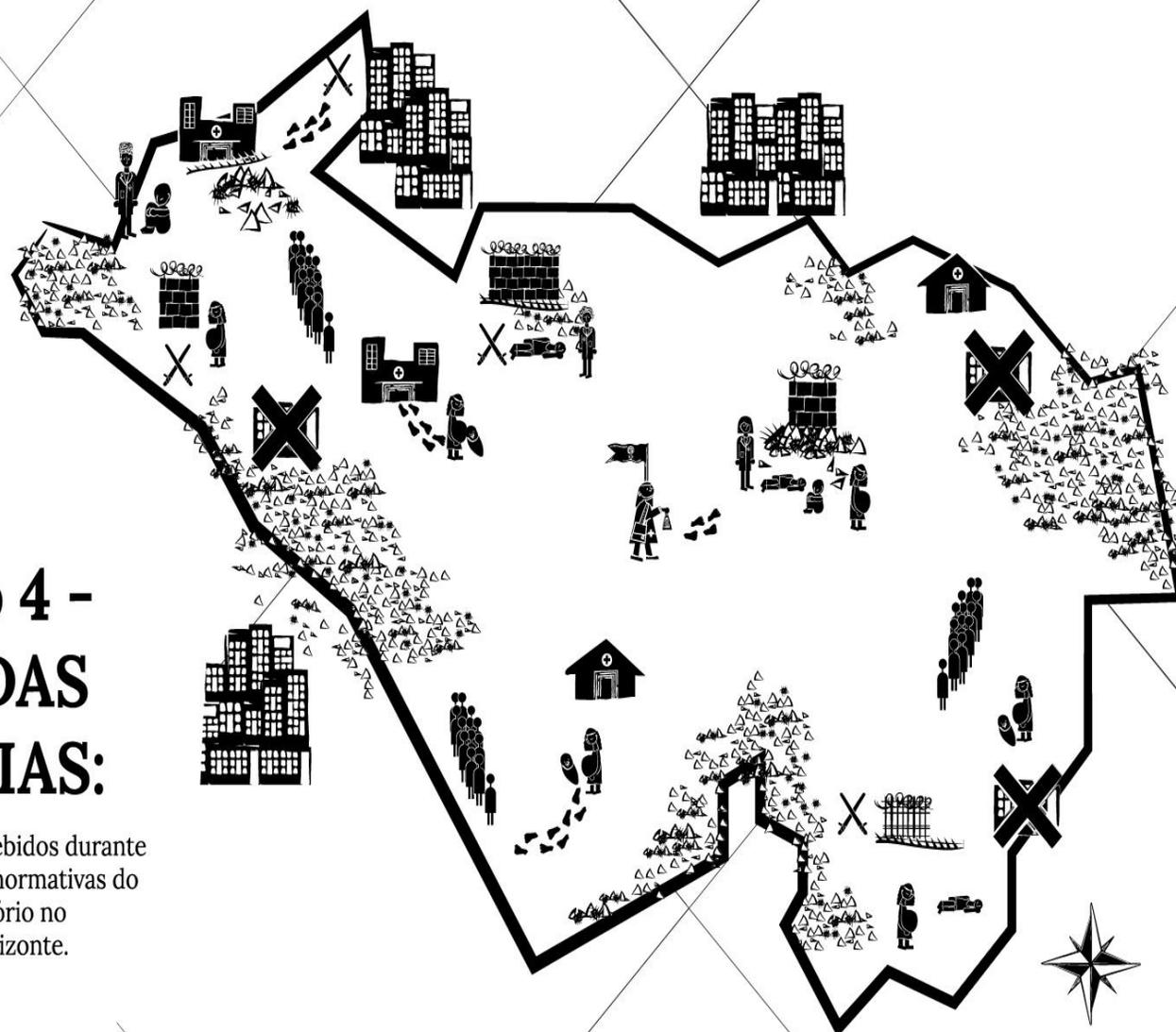
Ainda nessa elaboração sou convidada a pensar que a real proposta escondida na proteção à criança passa por uma retórica e uma demagogia para esconder o caráter higienista. (Diário de campo, dezembro de 2018)

Então, em diálogo com a elaboração desse participante da pesquisa, com alguns acúmulos desse estudo e a luz de quem estuda o tema pensamos que 1) a narrativa não é apenas de proteção à criança - Não é à toa que quando trazem a justificativa do ECA para a separação, nessa narrativa de “proteção à criança” não se sustenta; 2) por sua intencionalidade (higienista e de guerra as drogas) ela esconde por meio da retórica seu caráter demagógico; 3) Esse conjunto de intencionalidades, retórica e demagógica desvela a estratégia adotada pelos propositores das normativas.

Unidade II:

## Capítulo 4 - SEGUNDAS HISTÓRIAS:

Mapa dos ruídos percebidos durante a implementação das normativas do abrigo compulsório no município de Belo Horizonte.



CAPÍTULO 4 - SEGUNDAS HISTÓRIAS: Mapa dos ruídos percebidos durante a implementação das normativas do abrigamento compulsório município de Belo Horizonte.

*“Sertão é isto: o senhor empurra para trás, mas de repente ele volta a rodear o senhor dos lados. Sertão é quando menos se espera”.*

*(ROSA, 2001, p.302)*

No ano da institucionalização das recomendações 05 e 06/2014 do Ministério Público - recomendações que pegaram de surpresa boa parte dos trabalhadores e gestores da rede SUS- houve mais abrigamentos de crianças que nos anos seguintes. Podemos melhor visualizar isso ao observarmos esse quadro que apresenta a estimativa de crianças menores de um ano de idade encaminhadas para abrigos em Belo Horizonte depois das normativas do abrigamento compulsório.

Quadro 1- Número de crianças acolhidas em Belo Horizonte, até um ano de idade, desde 2014.

<b>ANO</b>	<b>Conselho Nacional da Justiça</b>	<b>Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social</b>
2014	174	74
2015	115	128
2016	100	118
2017	39	23
<b>TOTAL</b>	<b>428</b>	<b>343</b>

FONTE: MACIEL, 2017

É importante pontuar que, no quadro, não estão todos os abrigamentos 2017. Mas mesmo assim percebemos uma redução no número de abrigamentos ao longo do tempo. Encontramos algumas pistas que podem justificar isso 1) neste ano de 2017 acontece a suspensão da portaria 03/2016 da VCIJCBH; 2) diversas tensões geradas durante a vigência das normativas (entre 2014 e 2017); 3) e também nesse ano já se havia constituído uma rede de resistência às normativas que por um lado reorganiza a rede e 4) também a partir do engajamento de determinados trabalhadores se conformava uma

rede viva para proteção do direito da mulher a maternidade e do direito da criança ficar com sua mãe ou família extensa 5) ou até como encontramos em registro documental, em função da maior sensibilidade do judiciário.

contudo, não ser possível assegurar que a queda desse quantitativo foi uma consequência direta e/ou imediata da revogação da instrução judicial. Informou que, atualmente, a Vara Cível da Infância e da Juventude tem demonstrado maior sensibilidade na avaliação dos casos concretos, inclusive no que se refere à oitiva dos pais e da família extensa. (MINUTA ALMG, 2018)

Entre 2014 e 2017, período de vigência das normativas, houve muitos desdobramentos pela institucionalização das mesmas. É o que trazemos a prosa que se segue, as pistas que encontramos dos ruídos nos serviços e sociedade que perpassam os jogos de forças e a resistência.

De início, houve muitos questionamentos quanto a maneira como foram construídos as normativas. Não houve pactuação com as diversas expressões da Saúde e com o conjunto da sociedade para se implantar as normativas. O fato de não ter havido participação de expressão significativa da saúde nessa construção, além do fato de não ter ouvido as mulheres que seriam alvo da normativa, repercutiu em vários serviços, mas em alguns que já compactuavam com as ideias defendidas pelas normativas não houve muito estranhamento, como se vê adiante:

Não foi uma surpresa quando veio a orientação, a determinação da portaria. Mas não foi uma construção e nem permitiu uma transição, nem permitiu uma aferição, se já havia condições de começar a funcionar no sentido amplo da rede. No sentido do salve-se quem puder, ou seja, eu vou fazer a minha parte, ok! O grupo aqui no hospital estava pronto para começar, mas o grupo do hospital também sabia que a rede não estava pronta para sustentar (GESTÃO - MATERNIDADE 03)

Assim, quando se instituíram as recomendações 05/2014 e 06/2014 houve muitas reações e resistências. A revelia disso, em 2016 se instituiu a portaria 03/2016, que causou muita estranheza, como se vê no relato que se seguem:

assim, foi com grande constrangimento, com grande surpresa, porque já tinha uma discussão que vinha se cravando desde 2014, de repente aparece a portaria de uma forma meio extemporânea, confusa e contrariando um amadurecimento que as instituições já haviam construindo, haviam consolidado de como tratar essa questão das famílias vulneráveis, né. (GESTÃO - MATERNIDADE 02)

Além do mais, a rede de saúde já tinha um acúmulo, e o que as normativas propunham iam de encontro das concepções do SUS e de alguns acúmulos da rede de saúde mental como o antibioibicionismo.

Afora isso, outro ruído percebido é a polarização entre o binômio de proteção, Mãe ou criança, abrindo espaço para judicialização. Souza, et al<sup>21</sup> apontam: um discurso aparece polarizado entre o binômio de proteção, ora destinado para a mãe, ora destinado para o bebê.

Entre os profissionais de saúde, os discursos aparecem polarizados sobre o binômio de proteção, ora destinado para a mãe, ora destinada para o bebê, não se pensando na família que está sendo constituída e nas diversas possibilidades dessa relação mãe-filho para a produção de vida e sujeitos mais plenos. E quando há posicionamento ético-político por parte dos trabalhadores de saúde e que estas duas vidas valem muito sem predominância de uma sobre a outra, a efetivação de políticas públicas como a dos SUS é exposta ao processo de judicialização, deixando nas mãos do Estado ou do Juiz a produção de verdades absolutas, que determinam homogeneidade para uma multiplicidade de existências. (SOUZA, et al, 2018 p. 35)

Ainda, outro ponto que causou repercussão negativa foi o fato de o judiciário definir o agir dos trabalhadores de saúde. Se, por um lado, essa recomendação individualiza a responsabilidade do cuidado, ainda obriga os profissionais e os gestores a ferir sua ética profissional, por outro também fere diretamente os princípios do SUS.

Eu acredito que uma eventual portaria da vara de infância e da juventude não pode definir qual deve ser a postura do profissional de saúde, pois esta é uma atribuição do setor de saúde, não de uma portaria da justiça. (CONSELHEIRO DE SAÚDE)

Entretanto, eu julgo que o ponto central da portaria 3 é o artigo primeiro, que fala de qual deve ser a atuação dos profissionais das maternidades. Neste sentido acaba legislando, regulamentando, questões específicas do SUS BH. O SUS BH

que deveria normatizar como os profissionais de saúde deveriam agir dentro das maternidades. (CONSELHEIRO DE SAÚDE)

Em nota técnica o Ministério da Saúde foi enfático ao dizer que é preciso garantir que o direito das mulheres de decidirem ficar ou não com as crianças. Nesse contexto, cabe aos profissionais de saúde não as julgar e também considerar que nesse momento crítico da vida da mulher, que é o puerpério, elas precisam de muito apoio necessário para suas escolhas. (BRASIL, 2015).

Um ruído que foi unânime entre as instituições e também, no conjunto de atores envolvidos - os resistentes e os rendidos - foi o fato das normativas constrangerem os profissionais de saúde a segui-la, criminalizando os atores que resistiam ou por algum motivo não cumpriam o prazo.

Nas conversas da gente com outros serviços de saúde, outras maternidades, o que a gente viu foi um receio muito grande dos profissionais, porque a portaria, ela põe uma possibilidade de responsabilização criminal individual do profissional (GESTÃO – SMSA 01).

a portaria vem tanto na criminalização da pobreza quanto na criminalização dos profissionais, a gente tem vivido um momento profissionais do município de Belo Horizonte em que tiveram uma avaliação técnica de que a família poderia ficar com a guarda ou que é família extensa poderia ficar com a guarda, depois o judiciário entrou com uma ação contra, criminalizando estes profissionais, uma ação criminal. (GESTÃO - SMSA 03)

Os nossos assistentes sociais se sentiram muito ameaçados, muito intimidados pelo MP. Porque aqui, a de 2016 foi o judiciário, né... então eles se sentiram muito ameaçados pelo MP principalmente com relação à obediência das 48 horas em que eles deveriam encaminhar para a vara os casos das mães que fossem, ou que estivessem... manifestado interesse em doar seus filhos ou das mães que fossem usuárias de drogas. (GESTÃO - MATERNIDADE 02)

Em função da posição do CMS, por uma iniciativa de três promotores do MP da Infância e da Juventude, foi aberto um inquérito criminal dois conselheiros municipais de saúde., por causa da posição do CMS. Este inquérito diz que violamos um artigo do ECA, na medida que o CMS deliberou em plenário que a SMSA não acatasse a Portaria 3, assim como havia deliberado que não acatassem as recomendações 5 e 6 do MP, que nós estaríamos impedindo a vara, a justiça, o MP, de executar a sua função de proteção do direito destas crianças (...) Isto me parece uma clara posição política por parte do judiciário. De perseguir um dos atores da sociedade civil que vem discutindo esta situação, e que neste momento não concorda com a posição do MP e da Vara da Infância e Juventude, entretanto isto faz parte da democracia, faz parte a discussão

democrática, e estamos tendo nosso direito de discutir e se posicionar violado por um inquérito criminal injustamente aberto. (CONSELHEIRO DE SAÚDE)

A narrativa construída para justificar essa penalização passava por se estar colocando as crianças em risco. Ou seja, quando o profissional não fazia a notificação dos casos, ele estaria contribuindo para a exposição da criança a situação de risco. E era responsabilizado por isso. Ademais, identificamos que qualquer indivíduo que se posicionasse contra as normativas poderia ser chamado a responder em juízo, como se vê adiante.

A justiça da infância inclusive me acusou de que eu estava querendo subtrair da competência do papel do judiciário a autoridade de defender as crianças, então é assim, um paternalismo do estatuto da criança e do adolescente não permite isso é uma visão minorista o antigo código. (DEFENSOR PÚBLICO)

De fato, isso se dava de maneira coercitiva, como podemos constatar no trecho de um ofício direcionado ao diretor de uma maternidade e assinado pelas Promotoras da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Belo Horizonte. Nele elas cobram a execução de uma das normativas

A despeito disso [se referem as recomendações] O Ministério Público tem percebido a redução do número de acolhimento institucional pós altos de bebês cujas genitoras são usuárias de drogas e o aumento significativo de internações hospitalares de recém-nascidos em estado grave, que foram entregues aos pais dependentes químicos e negligentes. Salienta-se que já foram identificados casos em que as crianças foram negligenciadas pelos genitores, usuários de drogas e vieram a óbito em decorrência da debilidade em que seu estado de saúde se encontrava” (BELO HORIZONTE, 2014)

Esse ofício junto com as reflexões dos entrevistados por esse estudo, nos leva a acreditar que havia um certo engajamento da promotoria nessa tática de criminalizar qualquer resistência às normativas.

Na época a [faz referência a um ator chave] ela rastreava os casos, né. Então, por exemplo, eu fui chamada lá porque casos que a gente tinha dado alta, ela rastreou e verificou que o menino foi internado três meses depois no CGP com impetigo. E ela associava que o impetigo era falta de higiene vinculada à falta de

cuidado da mãe, então eu fui lá responder alguns casos mais ou menos dessa dinâmica (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

Se essas recomendações não forem cumpridas existe a possibilidade de sanções, abrir inquérito civil-público, ne, contra Conselhos Tutelares X ou Y, de uma maneira sensível. Então na realidade a orientação ficou clara, pela 23ª Promotoria da Vara da Infância, é, da Infância e da Juventude, 23ª Promotoria da Infância e Juventude, que os conselhos tutelares tinham que encaminhar, tinham que recepcionar, aplicar e executar as recomendações, e inclusive a portaria do judiciário. Porque se não posteriormente poderia ter, é, representações, ou descumprimento, essas coisas assim ne. (CONSELHEIRO TUTELAR 02)

Dessa maneira, dado o tom, não há dúvida que quem resistisse a portaria iria responder criminalmente, havia a obrigatoriedade da notificação em até 48 horas. E isso repercutiu em mais pressão sobre os profissionais.

uma dificuldade em cumprir esse prazo e ficar exposto do ponto de vista profissional. Essa foi tudo que percebi quando conversei tanto com o gerente da maternidade, quanto com as assistentes sociais aqui do hospital. Muitas vezes, elas sentem que poderiam conseguir fazer a pesquisa da família extensa, mas que, é, em virtude do rigor do prazo elas acabam tendo que comunicar, o que não impede para o trabalho da pesquisa da família extensa e de outras formas de garantir para a criança uma segurança, mas que por conta de uma rede que apresenta várias lacunas acaba tendo desfechos ruins do ponto de vista de abrigo e essas coisas". (GESTÃO - MATERNIDADE 03)

Assim, 48 horas para se dar uma resposta da maternidade - o ponto de assistência onde se tem menor vínculo com o território e com os usuários- é impraticável. Os profissionais eram constrangidos a construírem um parecer em tempo recorde, exatamente no ponto da assistência mais difícil de se construir isso - uma vez que só cabe as maternidades um acompanhamento pontual na trajetória de vida da mulher e a desautoriza a ordenar todo a complexidade do cuidado da saúde da família.

E como a gente não conseguiu cumprir o prazo e a orientação institucional não era de encaminhar as crianças, isso gerou um clima de muita insegurança de muita incerteza, de muito medo com relação aos desfechos legais sobre os profissionais e sobre a direção da instituição (GESTÃO - SMSA 02)

Nos casos em que as crianças ficavam internadas para se esperar a decisão judicial tivemos dois tipos de ruídos:1) Apareceu uma preocupação por parte das maternidades que se preocupavam com o leito ocupado e até se sentiam de certa

maneira desafogados quando acontecia o abrigamento do recém-nascido por desocupar o leito, e 2) apareceu também um forte questionamento da exposição que essa criança saudável estava sendo colocada ao ser mantida nesse espaço sem indicação clínica para isso.

Então, para o, para a instituição hospitalar o abrigo é uma solução entre aspas no sentido da liberação do leito porque uma criança aqui esperando a vara por cinco seis dias, são cinco, quatro mães, outras mães que deixaram de ser atendidas né. Então, pro, o abrigamento foi uma solução talvez pra, pro gerenciamento de leito da maternidade, mas não foi a solução para as famílias, com certeza..( TRABALHADOR DA MATERNIDADE 03)

O que também emergiu após a institucionalização das normativas foram as linhas de fuga criada por algumas mulheres - que aqui tratamos como ruído e também como resistência. As mulheres que sabiam dos desdobramentos das normativas criaram mecanismos para fugir dessa trama.

Sobre isso, em uma audiência realizada na Câmara Municipal de Belo Horizonte em 2015, foi problematizado essa questão, que temendo perder seus filhos, algumas mulheres estavam evitando o atendimento nas unidades públicas de saúde. Além de acumularem contra as normativas, apontaram que é necessário oferecer apoio institucional para qualquer mulher que deseja criar seus filhos (BELO HORIZONTE, 2015).

Abaixo, as falas que remetem a essas linhas de fuga e também a preocupação de alguns trabalhadores da saúde frente a isso:

Então, tem mães que a gente perdeu aqui por evasão, que eu tenho certeza que a vulnerabilidade delas aí fora é gigante. E a capacidade delas sobreviverem nessas circunstâncias é muito pequena, né. Então, são situações que às vezes você fica num dilema terrível, né. Mas, a gente tem esse compromisso de comunicar no limite à vara. Quando a gente acha realmente que o menor dano será esse. É muito difícil (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

é uma ameaça ao seu funcionamento Pleno em atendimento a ética profissional, a vinculação, compromete a vinculação dos usuários com o serviço porque ele perde somente a credibilidade. já está impactando em Mulheres que não querem fazer o pré-natal, mulheres que não querem ir ao serviço de saúde, não querem ganhar o bebê no hospital. Bebês que foram levados do hospital escondido, mulheres indo embora de Belo Horizonte para ganhar neném. Um descrédito total

com a atenção básica e os hospitais. os hospitais hoje na visão destas mulheres...(GESTÃO- SMSA 01)

Nesse sentido, Lansky (2018) problematiza isso, ao lembrar a história de construção do SUS de Belo Horizonte, referenciado em uma cultura do direito e da ética em saúde e ver esse retrocesso é lamentável. E ainda argumenta que as mulheres ao terem que fugir da assistência, revelam que na instituição está instaurada a insegurança.

Neste ato dos profissionais de saúde há quebra do sigilo profissional e do vínculo necessários para o cuidado e tratamento. No lugar do estabelecimento de empatia para o cuidado, damos espaço para se instaurar a desconfiança, o medo da denúncia ou delação como colocam as mulheres. Elas evitam o pré-natal, o parto, saem fugidias das maternidades com seus bebês, ou chamam a polícia para saírem dos hospitais, como relatos recentes ocorridos recentemente em maternidades de referência na cidade. (LANSKY, 2018, p.204)

Outro ruído percebido foi em relação a especificidades dos abrigos. a) Os atores pesquisados questionam a dificuldade relatada por algumas mulheres em estar com seus filhos quando eles são institucionalizados, b) Alguns abrigos desvinculam as crianças da rede SUS. c) Além disso, há um questionamento da intencionalidade dos abrigamentos em relação a adoção.

Sobre as dificuldades encontradas pelas mães trazemos os seguintes trechos:

aí eu falei das Mães né?! da separação do bebê do aleitamento como interfere no aleitamento, então a gente tem a tendo que fazer uma pressão também nos abrigos de porque eles impõem regras que dificultam o vínculo mãe e filho e a convivência de mãe e filho. (GESTÃO- SMSA 01)

Como funciona o abrigo. Ou seja, estes amigos funcionam com as próprias regras, e a gente vê que no final atendem o interesse de não promover o vínculo mãe e filho, para ao contrário promover o distanciamento entre mãe e filho o mais rápido possível. para elas perderem o aleitamento, porque essas mães perdem o aleitamento. Por que qual é a intenção? adotar?! como os Defensores têm colocado, já quantificaram, 60%, são 359 bebês. (GESTÃO- SMSA 01)

O outro aspecto é que alguns abrigos desvinculam as crianças da rede SUS. Reclamam da Atenção Básica e vinculam as crianças a ambulatórios ou a médicos voluntários. Está aqui configurado um novo problema, uma vez que se retira mais esse

direito da criança de acompanhamento integral a sua saúde e ainda, com a ausência dessa política pública no cotidiano dessa criança, diminui um espaço de controle da gestão desses abrigos, pelo menos no que diz respeito a saúde dessa criança. Esse não vínculo ao SUS é questionado no trecho a seguir:

E é lógico que tem Centros de Saúde que de fato poderiam fazer melhor, mas eles reclamam também, de uma forma quase que histérica “que o Centro de Saúde não presta, que eu não consigo nada do Centro de Saúde”, porque eles querem ter os seus serviços próprios. Então, eles têm lá médicos voluntários, que muitas vezes são da nossa rede, que vão lá pra atender as crianças no sábado, fazendo caridade. E essa caridade permite com que eles então prescrevam, e falam, e resolvam os problemas, mas essa criança não passa pela rede, a criança fica à margem das políticas, porque cai no esquecimento, a criança nem vai no Centro de Saúde, o Centro de Saúde não se envolve com o caso. (GESTÃO - SMSA 02)

Para verificar alguns aspectos como esse a Comissão Extraordinária de Mulheres da ALMG visitou dia 25 de agosto de 2018 duas instituições de acolhimento do Município de BH, e algumas percepções da minuta de relatório é importante destacar.

O Coordenador Municipal “Central de Vagas/Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes da Gerência de Gestão de Serviços de Alta Complexidade” informou que, em Belo Horizonte, existem 47 unidades de acolhimento com 683 vagas no total e que naquele momento haviam 124 disponíveis na rede de acolhimento. Todos os equipamentos funcionam por meio de convênios formalizados com entidades da sociedade civil. Informou ainda que, para além desses abrigos, o município conta com equipamentos de Acolhimento Institucional específico para famílias, como “Acolhimento Institucional Para Famílias Granja de Freitas” e o “Abrigo Pompéia”. A “Casa Colmeia” que acolhe mães adolescentes e seus filhos. Ainda existe o programa Bolsa Moradia, voltado para o público vulnerabilidade que por algum motivo encontram-se sem casa) (MINUTA ALMG, 2018).

Em uma das instituições visitadas pela comissão de mulheres da ALMG, o gestor afirma que a instituição foi especialmente preparada para receber as mães, usuárias de drogas, e seus filhos recém-nascidos. E as mães podem permanecer na casa de 09 as 17 horas. E que nessa unidade há um esforço da equipe técnica para preservação e fortalecimento dos vínculos familiares (MINUTA ALMG, 2018).

Evidentemente existem outros ruídos e outras tensões. Mas tratamos, neste capítulo, os ruídos captados nesta pesquisa que não faziam parte do jogo de forças diretamente (tratados no capítulo anterior) e nem da resistência (tratados no capítulo seguinte).

Unidade II:

## Capítulo 5 - SEGUNDAS HISTÓRIAS:

Mapa das resistências forjadas a partir o processo de abrigamento compulsório no município de Belo Horizonte.



## **CAPÍTULO 5 - SEGUNDAS HISTÓRIAS: Mapa das resistências forjadas a partir do processo de abrigamento compulsório de Belo Horizonte.**

*e um vaga-lume lanterneiro que riscou  
um psiu de luz  
(ROSA, 1946)*

A partir das tensões que sustentaram a criação das normativas, que exploramos nos capítulos anteriores, trazemos aqui pontos de resistências que conseguimos captar nesse estudo que aconteceram no decorrer da formulação e implementação das normativas e continuam ocorrendo.

Antes mesmo da proposição das normativas do abrigamento compulsório o terreno de tensões começou a ser construído entre alguns agentes da saúde da rede SUS de Belo Horizonte e com alguns atores do direito da Criança e parte do Judiciário Mineiro.

Em reuniões que tinha a participação do judiciário, os mesmos já começavam a apresentar algumas narrativas construídas por esse setor para justificar o que viriam a ser as normativas do abrigamento compulsório. Em certa medida o Judiciário e o Ministério Público começaram a tomar para si o protagonismo de condução desses casos.

Diante disso, e com consciência de que haviam fissuras na rede para atender as mulheres - gestantes ou puérperas - com trajetória de rua ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, atores sociais da Rede de saúde se anteciparam e começaram a organizar e articular com outros setores públicos propostas que dessem respostas a esses impasses.

Já em 2013, por conta dessas discussões a gente começou a ficar muito preocupada, com as fragilidades das Políticas Públicas de atendimento, então a gente começou em 2013 já fazer um diagnóstico na nossa Rede, a gente começou a fazer um Grupo de Trabalho com os Distritos para ver como a gente estava, quais eram as nossas lacunas os impasses para a gente pensar em uma política e num fluxo de atenção à essas mulheres e às suas famílias. Fomos nas maternidades para fazer um diagnóstico. (GESTÃO - SMSA 02).

Anterior à proposição das recomendações (05/2014 e 06/2014), houve uma proposta por parte do judiciário (não foi do Ministério Público – CHECAR) de implantar um questionário nas maternidades públicas para que se pudesse identificar se a mulher fazia ou não fazia o uso de drogas. Na percepção de atores do SUS, essa proposta era equivocada e estava na contramão da proposta do cuidado. Observamos a construção argumentativa de um desses atores, que se posicionou contra essa proposta.

Eles estavam muito afinados e queriam, na verdade, ter mais segurança nessa alta e para ter segurança eles estavam propondo que as maternidades fizessem um questionário para todas as mulheres ex- parturientes, que seria feito pelo serviço social e pelas psicólogas, tinha que ter uma permissão da mulher de responder ao questionário. **Lá perguntava se ela usava droga ou não, se tinha trajetória de vida nas ruas.** É como se, para além da anamnese que o profissional de saúde já faz com intuito de cuidado, de saber se usa droga com o olhar de fazer um diagnóstico, de identificar as demandas assistenciais, ao contrário, esse questionário, ele não era pra isso. **Ele era para identificar as mulheres usuárias.** E aí a gente se posicionou. (GESTÃO - SMSA 02- grifo nosso).

Essa proposta inicial já apontava que a alternativa pensada pelos agentes do judiciário (??), que passava por sobrepor os princípios da saúde, ou entendemos que, pelo menos, eles não tinham o entendimento dos limites da atuação do judiciário sobre o executivo da saúde.

Isso já anunciava também a emergência de uma polarização entre o que pensavam sobre o tema as instituições do judiciário e ministério público e as instituições saúde. Por um lado, iniciaria ali uma série de proposições que visavam regular ou direcionar o agir em saúde e, por outro, já havia grande acúmulo por parte dos atores da SUS da aposta ética-estética-política implícitas da saúde pública.

Tomamos a explicação do MS sobre conceito da aposta ético-estético-política para o setor saúde. No contexto diziam respeito a humanização, o que não negamos aqui, mas ampliamos essa aposta a atravessar todo agir em saúde. É uma aposta ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; uma aposta estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; e uma aposta política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2011).

O cuidado em saúde é permeado por tensões que revelam as apostas estético-políticas das instituições e atores envolvidos neste processo. E se percebe um atravessamento do sistema judiciário no campo das políticas públicas da saúde e isso se percebe para além do campo da judicialização em saúde - onde independente da organização dos serviços o judiciário determina que o executivo oferte certas tecnologias em saúde - vemos hoje o aprofundamento das intervenção do judiciário na vida dos usuários dos serviços de saúde (SOUZA *et al*, 2018) e agora no agir dos trabalhadores e instituições da saúde.

No início da construção das normativas, havia também em curso um processo no Conselho Municipal dos Direitos da criança e do adolescente para se pensar alternativas, como percebemos adiante:

Então a gente chamou uma ampla reunião, com todos os Conselheiros Tutelares e todas as maternidades. E daí fizemos um ano de discussão até a Portaria, não, Recomendação vir. Nesse momento eu chamei a [cita atores chave] Conselho e apresentei pra ela o que a gente vinha discutindo, inclusive o fluxo que a gente vinha construindo pra poder cada um construir o seu papel. A alta responsável com uma construção no território com o Centro de Saúde, o acompanhamento da equipe de abordagem pro acolhimento institucional dessa mulher, o acompanhamento com o consultório de rua, essas intersetorialidades que a gente fala, mas que na prática é uma dificuldade pra implementar. Inclusive aprovamos recurso no Conselho pra construção de uma casa que era chamada de “Mães e Bebês”. (CMCA)

Aí chegou, em uma reunião, na mão da Promotoria, o fluxo, aí ela não aceitou, porque ela disse que não poderia ser feito o fluxo sem uma discussão com a promotoria e a visão da promotoria (pausa). Então a gente trabalhou nessa perspectiva, de que seria feito construção de rede, onde que a saúde matricial no território essa mãe, onde que o consultório de rua fazia acolhida com ela na rua e acompanhava ela até... E onde esse momento da, da, do parto, seria um momento muito especial pra se estabelecer algum vínculo com a assistência, com uma casa, com uma moradia. (CMCA)

Por seu lado, o Ministério Público não levou a proposta inicial de instituir o questionário nas maternidades para rastrear as mulheres usuárias de drogas ou em situação de rua e elaboraram e instituíram as recomendações Nº 05 e 06 de 2014 - MPMG (MINAS GERAIS, 2014a, 2014b). Como explorado em capítulos anteriores, a primeira recomendação é direcionada a profissionais de saúde, gestores de estabelecimentos de saúde e aos Secretários Municipal e Estadual de Saúde; já a

segunda recomendação é direcionada aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde. O trecho adiante problematiza que isso foi em retaliação.

a gente, enquanto técnico, contrapunha - não concordava, mas houve esse conluio nesse grupo, sabe. E aí o que a gente pôde fazer com muita veemência, foi votar contra o fluxo. Um dia lá na plenária os conselheiros tutelares também se colocaram de forma contrária, o que foi bom, muito bom pra gente. **Mas daí vieram as Recomendações como forma de retaliação à essa falta de consenso.** A proposta do questionário era uma coisa completamente sem ética, você estava convidando a mulher para autorizar, ela autorizar um auto delação ali para ela perder o filho, desvirtuando o lugar da maternidade que é o lugar de cuidado. (GESTÃO - SMSA 02, grifo nosso)

Percebemos que começa a se conformar um campo de forças, dentro do SUS BH, que resiste intensamente as normativas do abrigo compulsório. Emerge aqui uma destacada frente diretiva dessa resistência - tanto para pensar as táticas e estratégias, quanto para ir para o enfrentamento direto aos propositores das normativas. Percebemos um destaque para a atuação de trabalhadoras-gestoras-militantes que estavam a Comissão Perinatal da SMSA da PBH. A partir desse espaço elas dirigiram com grande maestria o movimento de resistência às normativas. Esses atores sociais transitavam também no movimento de humanização de parto e nascimento e no interior do movimento sanitarista. Em um artigo que diz sobre esse tema se aborda o momento em que a gestão da saúde se atenta para os desdobramentos das normativas.

Em uma reunião de acompanhamento a uma das maternidades do SUS em BH em 2014, a equipe se queixava de superlotação na unidade de tratamento intensivo neonatal. Ao visitar a unidade nos deparamos com um bebê saudável no colo de uma enfermeira e essa tentava acalmá-lo, embalando-o, dedicando o seu tempo a ele. A rigor, ela deveria estar cuidando dos outros bebês gravemente prematuros e doentes. Mas o bebê chorava continuamente, inconsolável, pedia colo. Perguntamos o que o bebê fazia ali, já que estava bem e era um bebê saudável, ocupando um leito de cuidado intensivo, tão disputado no Estado. Perguntamos sobre sua mãe, sobre o seu pai, sua família... Por que este bebê estava sozinho, se está garantido por lei – o Estatuto da Criança e do Adolescente - que toda criança deve ter um acompanhante da família durante as 24 horas do dia quando internado? (LANSKY, 2018, p. 194)

A autora diz que nesse momento a equipe contextualizou o caso das mães e que por essa mulher não poder ser mãe o bebê aguardava ali a decisão judicial. Desse modo, descobriram a institucionalização do abrigo compulsório (LANSKY, 2018). As

afecções com essa problemática e o início da construção dessa frente de resistência pode ser vista nesse trecho:

Aí eu resolvi fazer pela comissão perinatal a primeira orientação para as maternidades como a gente deveria fazer. Já era a linha do que a gente fazia, e defende até hoje. Se tem uma mulher que está em uma situação que demanda maior atenção pedir para comunicar com a saúde da mulher e da criança, saúde mental. E aqui na comissão perinatal, para que a gente possa organizar uma ação mais forte de apoio a esta mulher e que a gente precisava conhecer com calma, com a complexidade necessária. (GESTÃO- SMSA 01)

E eu acho que teve uma resistência enorme, principalmente da comissão perinatal, que é uma instância do município que acompanha as maternidades e que tem uma interação muito próxima de todos os hospitais, das maternidades dos hospitais gerais que têm a maternidade, que têm um diálogo com as equipes. (GESTÃO - MATERNIDADE 02)

...não tem, quer dizer, é preciso que a gente seja mais, é, que a gente trabalhe mais, que a gente consiga absorver, trazer o gestor mais pro campo da conversa. Porque por exemplo, a gente tinha uma dupla de gestores, olha pra você ver, depende muito da política, né, tem política e política. A gente tava lá com [cita atores chave] e com a outra colega dela. num projeto vigoroso, ne, vigoroso, ne, que a gente fazia o link. Vamo encostar nelas porque o projeto delas vai fazer crescer e dar visibilidade pro nosso, ne, pra essa discussão. (TRABALHADOR DA APS 02)

A [cita atores chave] foi uma grande parceira nossa, ela nos auxiliou em vários casos específicos junto à rede, tanto de assistência social, quanto à questão da rede de saúde, né, muitas vezes foi ela que conseguiu para nós o abrigo conjunto. (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

Conformando essa polarização a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou o ofício N<sup>o</sup> 76/2014 que trazia orientações às maternidades em relação a abordagem com usuárias de drogas.

Cada caso deve ser avaliado em sua particularidade e elaborada uma proposta de abordagem integral de cuidado, envolvendo em especial a família, a família estendida e outras possibilidades de apoio no território que possam estruturar um projeto terapêutico singular com a abordagem clínica e apoio social de acordo com a necessidade. A avaliação clínica individualizada é soberana para a orientação e abordagem terapêutica e social. A separação mãe e filho não deve ser efetivada a priori antes de esgotadas todas as possibilidades de apoio intensivo a esta mulher, seu bebê e sua família. (COMISSÃO PERINATAL, 2014).

Nesse ofício é enfatizado que as maternidades, como ponto de atenção à saúde, têm atribuição de articulação com o segmento assistencial para proceder à alta

responsável, a partir da avaliação clínica. Além disso, destacam os riscos adicionais ao expor às crianças a uma internação prolongada no hospital sem justificativa clínica. (COMISSÃO PERINATAL, 2014).

É interessante notar que essa proposta de abordagem integral do cuidado já é constitutiva do SUS. E a saúde pública já reconheceu que embora a integralidade seja uma doutrina do sistema, os serviços e as ações são ofertados de forma fragmentada, diante disso e para construção de uma “integralidade ampliada” é necessário a articulação em rede, institucional e processual (CECÍLIO,2001). E essa articulação é o que esse ofício enuncia.

Essas orientações da comissão perinatal tiveram muita consonância com a conduta adotada em algumas maternidades e alguns centros de saúde, como apreendemos nas entrevistas. Isso nos levou a acreditar que a resistência construída no cotidiano dos serviços, na micropolítica do trabalho, e a resistência construída no nível central, a partir da Comissão Perinatal, se deu de maneira muito articulada e, possivelmente com diálogos constantes entre esses atores.

E quando a gente teve conhecimento da recomendação 5, a gente praticamente desconsiderou naquela situações onde a gente já estava fazendo um manejo do caso, do recém-nascido, da mãe, às vezes, realmente uma mãe dependente de álcool e outras drogas, às vezes caso com a mãe sem um pai presente, do recém-nascido, ou sem uma família extensa que gostaria e que estava disposta a participar, mas essas situações todas a gente já lidava em uma perspectiva do que a secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte recomendava, e que era um compromisso de manter os direitos da criança e da mãe de fortalecer o laço. (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

Não comunicando imediatamente a vara aquela situação, considerada possivelmente por eles como situação de risco, e que nós avaliamos que tinha ainda um percurso a ser feito antes dessa comunicação. Porque essa comunicação ela gerava uma judicialização da problemática clínica, e nós achávamos que a prerrogativa da decisão clínica inicialmente cabia a nós equipe de saúde. Somente em circunstâncias onde isso se esgotou e de fato a gente considerava que existia um grau de desagregação familiar ou um grau de fragilidade, vulnerabilidade, daquela mãe ou do pai do recém-nascido aí sim a gente comunicava. (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

é aquilo que eu falei, aqui a gente meio que seguiu o jeito que a gente tava fazendo, se respaldando especialmente nas discussões da secretaria municipal de saúde. (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

Então, a gente aqui no Centro de Saúde NOME DO CENTRO DE SAÚDE a gente desenvolve alguns projetos, e constrói, inventa e executa algumas linhas de cuidados, e a questão mãe-bebês, mães, mulheres em situação de vulnerabilidade, em situação de rua, jovens com sofrimento mental e/ou usuárias de substâncias psicoativas, ne. E a gente, então a gente acolhe e constrói projetos terapêuticos singulares pra esse coletivo, pra essa população. (TRABALHADOR DA APS 02)

A partir desse entendimento e pela construção da linha argumentativa ser fortemente orientada pelos princípios do SUS defendidos RSB, ousamos chamar aqui a resistência do setor saúde às normativas de “Resistência Sanitarista”.

Como tudo que está no espaço público é um espaço permanente de tensão, está inscrita em uma dimensão pública de jogos de interesses (MERHY, 1999) tentaram ampliar a correlação de forças mobilizando outros atores, mas no início houve poucas adesões -como se nota no primeiro trecho. Mas, conforme a entrevistada pontua, um “marco forte” foi quando retiraram um bebê de uma usuária da rede de saúde mental dentro do CERSAM Leste, aí a “Rose” entrou, aí a Rede de Saúde Mental, com todo seu acúmulo e potência na resistência às medidas antiproibicionistas, e a luta antimanicomial entrou. E isso foi captado no seguinte trecho:

Como nós fomos chamados em alguns momentos na promotoria, da vara da infância e da juventude, [cita atores chave] eu, então, considerei que era fundamental a gente procurar trazer outros atores para essa discussão, entendendo que não era uma particularidade apenas dessa instituição. (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

(...)

Foram situações até de certa forma desagradáveis, porque ele teve pouco espaço de manifestação, assim como a nossa assessoria jurídica, mas a gente procurou ampliar esse leque de atores. Aí eu acho que, depois, aconteceram outros eventos que, não exclusivamente vinculados a essa temática, ampliaram a discussão, ampliaram os atores, e possibilitaram que isso adquirisse uma vertente da discussão do direito. Mas, inicialmente, eu acho que a gente ficou muito solitário e muito isolado. (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

Assim, movimento social era o quê?! E aí tinha o CRP, Conselho Regional de Psicologia, foi muito forte e bacana, veio nas reuniões ajudou sempre a gente, inclusive no Facebook, quem criou, eu acho que foram eles: “De quem é esse bebê?”, fizeram uma mobilização, a [cita atores chave]. o conselho de saúde que

a gente deu uma “grita”, eles fizeram uma ação, [cita atores chave]. o Conselho Regional de assistência social, creas, foi totalmente contrário a nós, até mudar essa gestão era contrário. movimento de mulheres... Conselho Estadual de mulher foi importante, nós fizemos reuniões lá, [cita atores chave] ajudou, acolheu, as reuniões lá. mas sinceramente, tudo foi pouco. a gente conseguiu controlar um pouco a situação, mobilizar fizemos seminários. mas sabe o que um Marco forte, foi quando uma mulher que estava na Santa Casa, foi tirado o bebê dela no CERSAM leste. aí Rose entrou, [cita atores chave] entrou, Pessoal da saúde mental, aí o pessoal da Saúde Mental de uma “grita”. E aí eu falei” nossa finalmente!”. (GESTÃO- SMSA 01)

“Aí o pessoal da Saúde Mental Grita” e traz pro cenário de formulação de narrativas, táticas e estratégias todo o acúmulo da reforma psiquiátrica, do antiproibicionismo, redução de danos e luta antimanicomial.

A Rose, referenciada no trecho, acumulou na sua trajetória a radicalidade em da defesa da pessoa com sofrimento mental e da pessoa em situação de rua. Não por um acaso foi ela quem propôs o termo “Mães Órfãs” para designar essas mulheres atingidas por essas normativas.

Sobre o Movimento de Reforma Psiquiátrica, o que forjou a política pública da saúde mental, a ousadia de pensar diferente do estabelecido a Autora-trabalhadora-militante diz que é “A política que ousou romper com a exclusão e a segregação, como modos de respostas à loucura, toma posição e busca responder às questões postas pelos que encontraram nas drogas a via para escapar ao mal-estar, sem ceder à demanda social que demoniza e criminaliza uma experiência eminentemente humana” (SILVA, 2015, p 10).

A Similaridade com a RSB com essa recém Resistência Sanitarista às normativas passam pela proximidade da defesa dos ideais do SUS - como principal argumento, mas também passa pela capacidade de mobilização de novos atores sociais em torno de um projeto de universalidade e equidade. Além do mais aqui, como na RSB, se conseguiu desencadear mudanças no âmbito político, institucional, organizativo e operacional do Sistema de saúde. (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014)

Assim como a Reforma Psiquiátrica traz a ousadia e a inevitabilidade de um novo agir em saúde, inovando na narrativa e propondo novas estratégias. Contribuindo também para compor de maneira ativa e elaborar a reformulação da Rede de atenção para atender esse público de forma integral.

Ainda com essa inserção da rede de saúde mental vale destacar a atuação do Consultório de Rua nessa Resistência Sanitarista às normativas. Ele foi citado algumas vezes como uma importante peça em defesa do direito das mulheres e da criança, em princípio acreditavam que isso se dava porque essa política de saúde atua exatamente com o público atingido pelas normativas e pelo fato de terem que reinventar cotidianamente a produção do cuidado em saúde. Mas mais que a proposta de dar respostas com ações compartilhadas e integradas à rede, as diversas necessidades de saúde da população em situação de rua e da população nas cenas de uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012, p.13) nos mostrou também uma profunda implicação das equipes e trabalhadores do Consultório de Rua, conforme reconhece um participante da pesquisa:

Um parceiro que tem... eu não conhecia e tem sido fundamental até para nosso trabalho aqui é o consultório de rua, o consultório de rua, aquelas meninas são feras. (DEFENSOR PÚBLICO)

Elas vieram pra uma audiência, acabaram com a promotora e com a juíza assim na maior... por que são pessoas da comunidade, mas que sabem o que elas estão falando, sabem o que elas têm que falar. E é isso que a gente não tem, porque quando o assistido quando ele chega lá, eles começam a apertar, eles falam umas besteiras, entendeu? Eles se entregam assim, de coisa que nem tinham que entregar. E as meninas do consultório de rua estão dando um show, elas estão dando um show. (DEFENSOR PÚBLICO)

Eu acho que ela tem tido resistência dos profissionais da saúde, tem muita resistência; tem resistência das mães e das famílias né, pela forma que ela foi imposta assim, né, de repente, a partir de hoje todos os bebês vão ser acolhidos né? Não teve esse momento de explicar porque que eles foram acolhidos, quando que eles vão deixar de ser acolhidos, né, qual que é o critério utilizado pra acolhimento. Então eu vejo resistência das mães e dos profissionais também. Dos profissionais dos centros de saúde, do consultório de rua. (TRABALHADOR DA MATERNIDADE 01)

Na narrativa seguinte apresenta-se o caso de uma mulher que era acompanhada pelo consultório de rua e pela UBS. A partir do cuidado prestado por esses dois dispositivos da Rede, a mulher ganhou o bebê, permaneceu com ele, se organizou e hoje está melhores condições de vida.

E aí fizemos o pré-natal dela inteirinho, toda bonitinha, conseguiu o dinheiro pra fazer o ultrassom, não conseguiu o ultrassom pelo SUS, uma grande maioria consegue, mas o dela ela conseguiu o dinheiro e pagou o ultrassom, ficamos sabendo que era menininha. E aí, dias antes dela ganhar o neném, na última

consulta dela, antes dela ir pra Vespasiano assim, uns 10-15 antes do neném nascer, ela veio aqui porque ela iria pra Vespasiano e veio fazer a última consulta e aí fizemos foto e fizemos tudo assim. Foi pra uma casa, arrumou um lugar, 4 paredes... tudo quando você tem o mínimo de tempo, sabe? (TRABALHADOR DA APS 01)

Articulando esse conjunto de atores sociais, e mobilizando diversos outros atores o “O movimento de quem é este bebe”, surgiu e se destacou como o movimento social em defesa dos direitos das mulheres e das crianças. O movimento buscava dar visibilidade e concretizar o enfrentamento aos fluxos instituídos pelas normativas e reivindicava, dentre outras coisas, a individualização do atendimento às mulheres atingidas, defendem os direitos das populações vulnerabilizadas e consideram essas intervenções do judiciário como intervenções higienistas. (KAMALURK *et al.* 2018; MOVIMENTO DE QUEM É ESSE BEBÊ, 2016).

Dar a chance para que a mulher possa tentar se organizar, considerar a maternidade possível, oferecer o máximo de apoio para essa família foram alguns dos argumentos e sentimentos que foram sendo construídos no interior dessa resistência, como se vê no trecho adiante.

Então assim, é nesse cenário de, de dificuldades por causa dessa questão ideológica mesmo, de, de modos de pensar que a gente carrega na cultura. E a gente chegando com o contraponto, é nesse vai e vem que a gente vai construindo uma forma diferente, e uma maneira de mostrar pro outro que é possível. Não é fácil, eu acho que não é simples, não é fácil, isso toca o sujeito no seu âmago, a situação toca cada um de forma diferenciada, e construir uma política onde todos compreendam que é possível, não é simples, é um vai e vem no cotidiano do trabalho. Então é no um a um, a gente chama de projeto terapêutico singular ne, é no um a um dos casos. Hoje a gente fala assim, a gente vai em uma reunião, tem gente que fala assim “aquele grupo de mães”. Mas já tem grupo? Não, não é grupo. (TRABALHADOR DA APS 02)

Pela via institucional, via um ofício, o Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte se direcionou à Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de BH sobre as recomendações, em que pontuou que a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-SMSA estava impossibilitada de atender as recomendações 05 e 06/2014, uma vez que a proteção à criança e a mulher, bem como o sigilo dos profissionais de

saúde, são resguardados pelas legislações da saúde. Ressaltou, também, que a missão da SMSA é o cuidado e a assistência ao usuário na Rede SUS-BH. Completou afirmando que:

os profissionais de saúde privilegiam a assistência em detrimento da delação, uma vez que esta culmina por afastar o usuário da rede e, conseqüentemente, o atendimento que necessita, principalmente mulheres no período gestacional e pós-nascimento da criança. (BELO HORIZONTE, 2014).

Esse apoio institucional dentro da Secretaria de Saúde foi articulado também pelo convencimento de trabalhadores da rede que reverberou nos serviços. Conforme captamos nas entrevistas:

...teve um movimento forte aqui da assessoria jurídica na época e da procuradoria geral do município. O secretário assinou, que era [cita ator chave], e o prefeito assinou também. Então a gente tem um apoio institucional também, nós não fizemos nada sozinhos. Tinha um corpo da gestão que apoiava, que era convencida de que a gente estava fazendo o certo. (GESTÃO- SMSA 01)

Acho que a gente não implantou, a gente seguiu o fluxo que nós já fazíamos antes. Que é, qual que era o fluxo, né? Quando a equipe de saúde detecta uma situação... uso a gente nunca encaminhou para a vara por conta de uso. Quando é detectado uma situação de extrema vulnerabilidade, então o serviço social buscava fazer todo um diagnóstico, e esse diagnóstico era feito... contato com a família para entender essa situação, quando possível. Contato com a unidade básica de saúde, com o CAPS, e com o conselho tutelar para saber se havia um acompanhamento daquela família. E sempre a busca de uma família extensa que pudesse apoiar essa mãe ou assumir o cuidado da criança (GESTÃO - MATERNIDADE 02)

A despeito das argumentações, ruídos e resistências identificados até aqui, no dia 21 de julho de 2016, assinado pelo Juiz de Direito da VCIJCBH, foi publicada a portaria nº 03/2016. Sobre isso encontramos nesse estudo que isso foi uma estratégia do judiciário uma vez que as recomendações não vinham sendo seguidas.

A portaria só vem para reafirmar as recomendações e dizer:” olha, as recomendações vocês não estavam cumprindo, então agora vem em forma de lei. Por que as recomendações poderiam não cumprir, a portaria não, a portaria

vocês precisam cumprir”. então não foi algo muito novo para a rede porque já vinha esse movimento recomendações, desde 2014. (GESTÃO - SMSA 03)

Então, eu acredito que depois de um certo tempo, onde os serviços de saúde não cumpriram rigorosamente o que as colocavam, e, na sequência, o que a portaria 3 colocava, isso gerou, por parte do judiciária, especialmente da promotoria da vara da infância e da juventude, eu acho que gerou uma reação, que foi de construir um instrumento jurídico de caráter obrigatório pra cumprimento compulsório, e onde dava a eles o controle muito, muito grande sobre várias problemáticas sociais (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

Se por um lado evidenciamos maternidades dentro da rede seguindo as orientações da SMSA, constituindo a resistência sanitária, por outro, encontramos pistas de instituições que não se posicionavam junto com essa resistência.

Que veio a Portaria e veio o fluxo da Secretaria, e os dois não falavam a mesma coisa. E aí a gente ficou aqui no hospital assim, né e agora? Aí até o. uma questão assim que eu sempre. eu levantava as vezes com o meu gerente é assim. A gente vai obedecer quem? O chefe ou a justiça? Entre aspas. A gente está dentro da Secretaria de Saúde, a gente vai fazer o fluxo da Secretaria ou a gente vai fazer o fluxo da justiça? Então aí a gente acordou que. na verdade, a gente iria continuar trabalhando da forma que a gente trabalhava: que era um pouco do que intermediário entre os dois (TRABALHADOR DA MATERNIDADE 01)

Acho que quem é mais, mais afetado por esta portaria são as maternidades. É... assim, do ponto de vista da Atenção Primária, nos afetou pouco, mas do ponto de vista das maternidades... eu sei que algumas maternidades a cumpriram, acriticamente, né?! Sem discutir, não sei se alguma resistiu, o que eu é que... não sei se o Sofia resistiu, mas assim, eu sei que algumas cumpriram, acriticamente. (TRABALHADOR DA APS 01)

Os movimentos sociais, implicados com a temática e mobilizados para enfrentamento dessas tensões elaboraram um manifesto em dezembro de 2014, em que fazem uma aproximação das recomendações 05 e 06 de 2014 às ações que se configuram como violência institucional:

A violência institucional é uma das formas mais cruéis perpetradas nesse campo, pois coloca mulheres e crianças a mercê da ação de mecanismos de controle que, muitas vezes, ao invés de serem usados para promover a defesa, proteção

e garantia dos seus direitos passa a violá-los, impondo à população um sentimento de impotência e descrença (MOVIMENTOS SOCIAIS, 2014).

Esse manifesto ainda traz um contraponto a diversos artigos das recomendações 05 e 06, fazendo as seguintes reivindicações:

i) Que as redes de saúde mental, da mulher e de atenção à criança do estado e municípios sejam acionadas, bem como toda a rede de assistência à saúde e demais políticas setoriais logo que se identifique o abuso de álcool e outras drogas, para que se amenize o impacto criminalizador e excludente das mulheres, pautando em enfrentamentos complexos que deem conta de conciliar os direitos das mulheres e dos recém-nascidos; ii) Que todas as gestantes usuárias de álcool e outras drogas tenham acesso ao pré-natal com atendimento e acompanhamento diferenciado (escuta qualificada e humanizada), garantindo a integralidade e equidade nos serviços de saúde, como preconizado no Sistema Único de Saúde (SUS); iii) Que se estabeleçam as atribuições dos psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros e outros profissionais envolvidos no trabalho com as gestantes e os recém-nascidos, no contexto hospitalar, considerando os preceitos éticos de cada profissão e o livre exercício profissional; iv) Que os casos avaliados como de risco tanto para a mulher quanto para os recém-nascidos, sejam encaminhados para acompanhamento, e que o acolhimento institucional, bem como a adoção só sejam solicitados ao poder judiciários, após esgotadas todas as possibilidades de permanência da criança junto à família de origem ou família extensa; v) Que se diferencie o uso abusivo e a dependência química de álcool e outras drogas, desvinculando da ligação causal estabelecida com negligência e maus-tratos. vi) Que a equipe multidisciplinar de saúde, acione a rede intersetorial, em caso de gestantes ou mães que manifestem interesse em encaminhar seus filhos para adoção, visto que se trata de um momento delicado para tomada de decisão, considerando o estado físico e emocional das gestantes antes e depois do parto (MOVIMENTOS SOCIAIS, 2014).

Um fato que alterou a correlação de forças construídas por esse movimento de resistência e vale ser colocado aqui foi quando houve a destituição dos cargos dos atores que estavam à frente da comissão. Nas nossas entrevistas, identificamos que isso foi negativo uma vez que pareceu se tratar de retaliação ao movimento que vinha sendo construído, mas também porque as mulheres atingidas pelas normativas perderam potência em sua defesa. Mas alguns atores puderam ver um saldo positivo nisso porque ao retirar da comissão perinatal dois atores sociais importantes sem a prerrogativa de questionamento técnico, deu visibilidade à arbitrariedade dessas normativas e como

resultado alcançaram uma maior mobilização

Então vamos fazer um trabalho juntos, vamos nos aproximar, vamos discutir, ne. E aí de repente a juíza não fica feliz, tem uma gestão atrapalhada, ou diferenciada, e que retira essas duas companheiras de um lugar estratégico na construção. Então a gente tem uma perda, ali dá um vazio, um buraco, a gente não tem nem como construir, ne. (TRABALHADOR DA APS 02)

Eu acho que várias questões também contribuíram pra isso, isso teve braços de outra ordem, como a própria intervenção na comissão perinatal, a retirada da [cita atores chave] da coordenação e o esvaziamento do poder e, institucionalmente que eu tô mencionando, um esvaziamento do poder institucional dela, que representa muito simbolicamente toda essa defesa, essa trajetória aí que envolve a temática do feminismo e também da forma dos serviços de saúde lidarem com essa fase da vida da mulher, da gestação, do parto, do pós-parto (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

Tem um corpo maior para o movimento, porque com a portaria a gente tem um efeito no município que é a exoneração de cargos de coordenação da [cita atores chave] e a partir da exoneração das duas que ainda fazia um contraponto dentro da política pública, aí você tem o movimento com o corpo muito mais consistente no município. Então, neste sentido, a portaria foi interessante, mas não precisaria dela para isso (GESTÃO - SMSA 03)

Houve também frentes que foram compondo o campo de forças na resistência fora da Rede SUS BH e foram produzindo, cada um à sua maneira, resistências. Como a Clínica de Direitos Humanos da UFMG, o Pólos de Cidadania da UFMG, o Observatório de Políticas e Cuidado da UFMG, além de alguns representantes do legislativo que usaram parte dos mandatos para acompanhar e se juntar a essas resistências.

Nesse aspecto, também identificamos uma série de documentos produzidos para resistir às normativas. Chamamos atenção para o fato de que esses documentos extrapolam o limite da gestão municipal de saúde, expandem para outras esferas da saúde - a partir de resoluções da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde; adentra o legislativo - por meio de audiências públicas na Câmara Municipal de Belo Horizonte e na Assembleia Legislativa de Minas Gerais; articula com outras frentes de execução de políticas públicas como o Ministério Desenvolvimento Social e Combate à fome, Secretaria Estadual de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania, dentre outras; integram os espaços acadêmicos - como as frentes de pesquisa da Saúde e do Direito da UFMG que pesquisam e produzem sobre o tema. Isso nos aponta que, a

despeito do poder que o judiciário impôs com as normativas, a resistência construída se mostrou articulada, com grande capilaridade social e ainda muito propositiva. Soma-se a isso a potência argumentativa elaborada pela resistência a essas normativas e o engajamento dos ativistas com a causa, pois podemos sentir potência e engajamento de acordo com a exposição adiante.

a redação dela[se refere a portaria] é razoável, agora quando eu comecei a deparar com os processos aqui e com as histórias e com as situações completamente irreversíveis e mães que tinham toda condição não só mães, mas pais (DEFENSOR PÚBLICO)

Estão resistindo por que é muito escancarado que é uma portaria que vem única e exclusivamente para violar os direitos. Aí não tem como os movimentos de direitos humanos, de defesa pela mulher, defesa da criança e do adolescente seja conivente com isso. (GESTÃO - SMSA 03)

Já desde a formulação da portaria, e desde as recomendações do MP, mas particularmente da Portaria, e também em função de situações de violações de direitos, mães que tiveram seus bebês retirados, e que não queriam ficar sem seus bebês, queriam criá-los, ou mesmo famílias, que quando a mães abria mão da criação e a família queria responsabilizar-se, e não estava podendo ficar em função da portaria. Isto ficou evidente, e ficou público, publicizado tanto pela imprensa quanto pelas pessoas que procuraram tanto o Conselho quanto os movimentos. Isso tudo gerou uma sensação de revolta muito grande nas pessoas, e também nos movimentos que trabalham diretamente com essas pessoas, como movimento de saúde mental, de população de rua, negro, de mulheres, movimentos sociais que trabalham com a questão das drogas e da saúde todos estes se sensibilizaram e se envolveram na luta para que esta portaria fosse revista, fosse mudada, e que esta situação parasse de acontecer nas maternidades públicas (CONSELHEIRO DE SAÚDE)

A serialização do cuidado proposta pelas normativas, a violação de direitos e a dissonância das normativas com os princípios do SUS foram algumas das percepções dos atores sociais que foram definidores o posicionamento contrário às normativas.

O Observatório de Políticas e Cuidado da UFMG - que compõem a Rede de Observatórios Micro Vetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, juntamente com a Rede Unida conduziram um importante dispositivo de resistência que foi a chamada pública para um número especial de artigos que seriam publicados na revista indexada da Editora Rede Unida intitulado “Suplemento 1 - Chamada Adoção Compulsória”. No editorial dessa revista trazemos aqui a fala de Ferla, Jorge e Merhy

(2018) que permitem captar um pouco dessa intencionalidade resistente.

“Aqui, nesse número especial da Revista não se quer dar voz, mas simplesmente escutá-las e abrir espaço para seus registros. E, por si mostrar a força dessas vozes quando disseminadas pelos vários possíveis escutadores. Elas em si são verdadeiros saberes sobre verdades que, muitas vezes, a própria ciência não reconhece, mas aqui nesse número são os verdadeiros saberes científicos sobre as perversas práticas da adoção compulsória”. (FERLA, JORGE E MERHY, 2018, p. 7)

Essa produção permitiu ainda problematizar, de outro lugar, a questão do abrigo compulsório, deu visibilidade acadêmica e social ao tema, articulou o conjunto de atores já engajados na temática - trabalhadores, gestores, ativistas, pesquisadores - e ainda congregou para o debate novos pesquisadores de outras regiões do país.

A Clínica de Direitos Humanos e o POLOS de cidadania, se somaram a essa resistência na produção e construção de narrativas e também no apoio jurídico a algumas mulheres atingidas pelas normativas.

A Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais também se posicionou e publicou a Recomendação Conjunta Nº 01 de dezembro de 2014, em que orienta os profissionais, gestores e estabelecimentos de saúde que: i) encaminhem as gestantes ou mães à assistência psicossocial, antes de encaminhar ao Poder Judiciário, todas as vezes que manifestarem interesse em entregar seus filhos para adoção; ii) não mantenham recém-nascido saudável desnecessariamente internado; iii) que, nos casos de mães usuárias de drogas ou de suspeitas de negligência e maus tratos ao nascituro ou ao recém-nascido, seja a alta hospitalar acompanhada de encaminhamento ao respectivo Conselho Tutelar; iv) que, excepcionalmente, nos casos em que houver encaminhamento da situação ao Poder Judiciário, haja vista confirmação de negligência e maus tratos ao recém-nascido, prestem informações à Defensoria Pública Especializada da Infância e Juventude Cível ou ao advogado que patrocina a família (MINAS GERAIS, DEFENSORIA PÚBLICA, 2014).

Além das ações junto ao CMS e CNS, o movimento de resistência às normativas

utilizaram como estratégia também ocupar outros espaços deliberativos de participação social, como nas conferências de saúde e em outras conferências temáticas. Como vemos no trecho a seguir:

Nós vamos pra Conferência da Criança e do Adolescente agora. Então vamos pra conferência pra imprimir lá, ne, a importância dessa política. Que aí ce vai amarrando aqui, amarrando ali, amarrando aqui, e vai dificultando o retrocesso, impedindo o retrocesso. Então é o controle social e a participação na construção das políticas. Então além de trabalhar aqui a gente tem que ir pra ponta fazer a política. Eu acho que dessa maneira a gente consegue sim, é, é, mais avançar do que retroceder, ne, se a gente tá ali vigilante na construção das políticas ne, porque o risco é o tempo todo, é igual fênix ne, o risco. (TRABALHADOR DA APS 02)

Na linha de frente dessa tensão e também resistência estavam as mulheres atingidas pelas normativas. Sobre a resistência delas encontramos nas nossas entrevistas e na pesquisa documental qual a resistência visível e o que nos aparecem são numerosas linhas de fuga criadas por elas. O que mais emergiu foram os mecanismos usados por elas para não terem seus filhos retirados após o nascimento, aí vimos casos diversos de evasão hospitalar, recusa do atendimento de urgência obstétrica nas maternidades e deslocamento para outras cidades para terem seus partos lá.

E tem as mães que têm uma expectativa de cuidar daquele filho. Geralmente são mães que já perderam a guarda parcial ou totalmente dos filhos que elas geraram, e, nesse caso, dessas que veem que já existe um risco muito grande de perder novamente a guarda, muitas evadem. Muitas evadem mesmo. A gente já teve situações aqui super complexas, super delicadas, né. E eu tenho uma grande dificuldade aqui que eu não tenho vigilante, eu tenho porteiro, e eles não podem colocar a mão em nenhum paciente. Então, é aquela situação difícilíssima, onde você vê que a mãe vai evadir, você conversa, a equipe de saúde conversa, mas você não tem controle sobre essa saída dela, mesmo. (GESTÃO - MATERNIDADE 01)

... e nós recebemos, inclusive, esse eu conheço o relato, de uma mãe que recusou a vir para a maternidade. Ela foi para a UPA, já em trabalho de parto, porque ela sabendo da portaria e sabendo... reconhecendo a vulnerabilidade da família, ela tinha medo de vir para a maternidade e perder a guarda da criança. Mas isso foi... ela teve acesso à informação pelas redes de contato dela, na comunidade dela, da existência dessa portaria. É o único caso que eu tenho o

conhecimento, que chegou já no hospital depois do parto para cuidado da criança e que o argumento é que teria procurado uma UPA porque temia. Ir qualquer instituição, não a nossa em particular, e de ter retirada a guarda. (GESTÃO - MATERNIDADE 02).

... o que a gente tem percebido também num movimento das gestantes, no município, é não procurarem os serviços de saúde por medo de terem os seus filhos recolhidos. Então o que na verdade viria como uma forma ilusória de facilitar a entrada dessas mulheres na rede na verdade dificulta. (GESTÃO - SMSA 03)

Para além das tensões inerentes a esse movimento feito por algumas dessas mulheres, identificamos que é também uma forma de resistência porque é o que elas têm em mãos para não perder seus filhos.

...é uma ameaça ao seu funcionamento Pleno em atendimento a ética profissional, a vinculação, compromete a vinculação dos usuários com o serviço porque ele perde somente a credibilidade. Já está impactando em mulheres que não querem fazer o pré-natal, mulheres que não querem ir ao serviço de saúde, não querem ganhar o bebê no hospital. Bebês que foram levados do hospital escondido, mulheres indo embora de Belo Horizonte para ganhar neném. Um descrédito total com a atenção básica e os hospitais. Os hospitais hoje na visão destas mulheres... (GESTÃO- SMSA 01)

Com a suspensão da portaria 03/2016 em agosto de 2017, os abrigamentos continuaram a ocorrer, além do mais existem novas propostas de normativas vindas do judiciário. Diante disso a resistência as normativas seguem firmes como vemos em um trecho das entrevistas.

Com a suspensão dos efeitos da portaria 03, a SMSA e Secretaria de Assistência Social, tomaram a iniciativa de regulamentar qual deve ser o papel do setor de saúde e da assistência social, no cuidado às mães e aos bebês que estão nesta situação de vulnerabilidade social. E eles tomaram o cuidado para que os conselhos de direitos pudessem opinar e participar desta construção. Foi uma construção interessante por parte destas duas secretarias, em comum acordo com os conselhos de assistência social, de direitos da criança e adolescência e o de saúde. Teve reuniões conjuntas entre os conselhos, com as secretarias, e ontem o conselho deliberou então a sua posição a respeito do fluxo proposto, para que este possa ser apresentado para a sociedade, para que este seja visualizado como a nossa proposta de política para esta situação (CONSELHEIRO DE SAÚDE)

Após a suspensão da portaria o Programa Polos de Cidadania da UFMG elaborou um documento que trouxe reflexões importantes acerca do abrigo compulsório de Bebês em Belo Horizonte a partir das normativas.

Apresentam a preocupação de uma nova portaria e pontuam que “a edição de uma nova Portaria representaria uma manifestação de descrédito na Rede de Proteção e no Sistema de Garantia de Direitos das Crianças e Adolescentes e em seus profissionais” (p. 5). Isso porque i) as propostas partem da presunção de situação de risco das crianças ou adolescentes ao aplicar os dispositivos propostos pode-se produzir efeitos mais danosos do que os que se pretende evitar; ii) desresponsabiliza o Estado pelo dever de assegurar a essas famílias condições de proverem ao sustento e bem estar de suas crianças; iii) por terem dispensado na sua elaboração profissionais, trabalhadores e servidores encarregados descumprir suas determinações; além de afrontar a constituição, a convenção internacional sobre os direitos da Criança e o Estatuto da Criança e do adolescente. (POLOS, 2017)

“Corre-se o risco de ferir o princípio do contraditório e ampla defesa da mãe, pai ou família extensa. A mãe, o pai e a família extensa estão colocados em uma posição absolutamente passiva no que diz respeito à possibilidade de trazerem informações, esclarecimentos ou se defenderem de considerações expedidas por meio de relatórios, comunicados, notícias, estudos técnicos, notificações e declarações verbais”. (POLOS, 2017 p.7)

“No caso de mães em situação de rua, são necessárias medidas que atendam às necessidades dela e do bebê, por meio de imediata inserção em benefício ou programa de habitação provisória, de forma complementar as ações de assistência social e saúde. Nenhuma situação de ameaça ou violação à vida ou à saúde da criança poderá ser deduzida ou inferida de forma pressuposta e/ou a partir da simples identificação de uma condição de grave vulnerabilidade biopsicossocial e/ou socioeconômica da sua mãe, pai ou família extensa” (POLOS, 2017 p. 10)

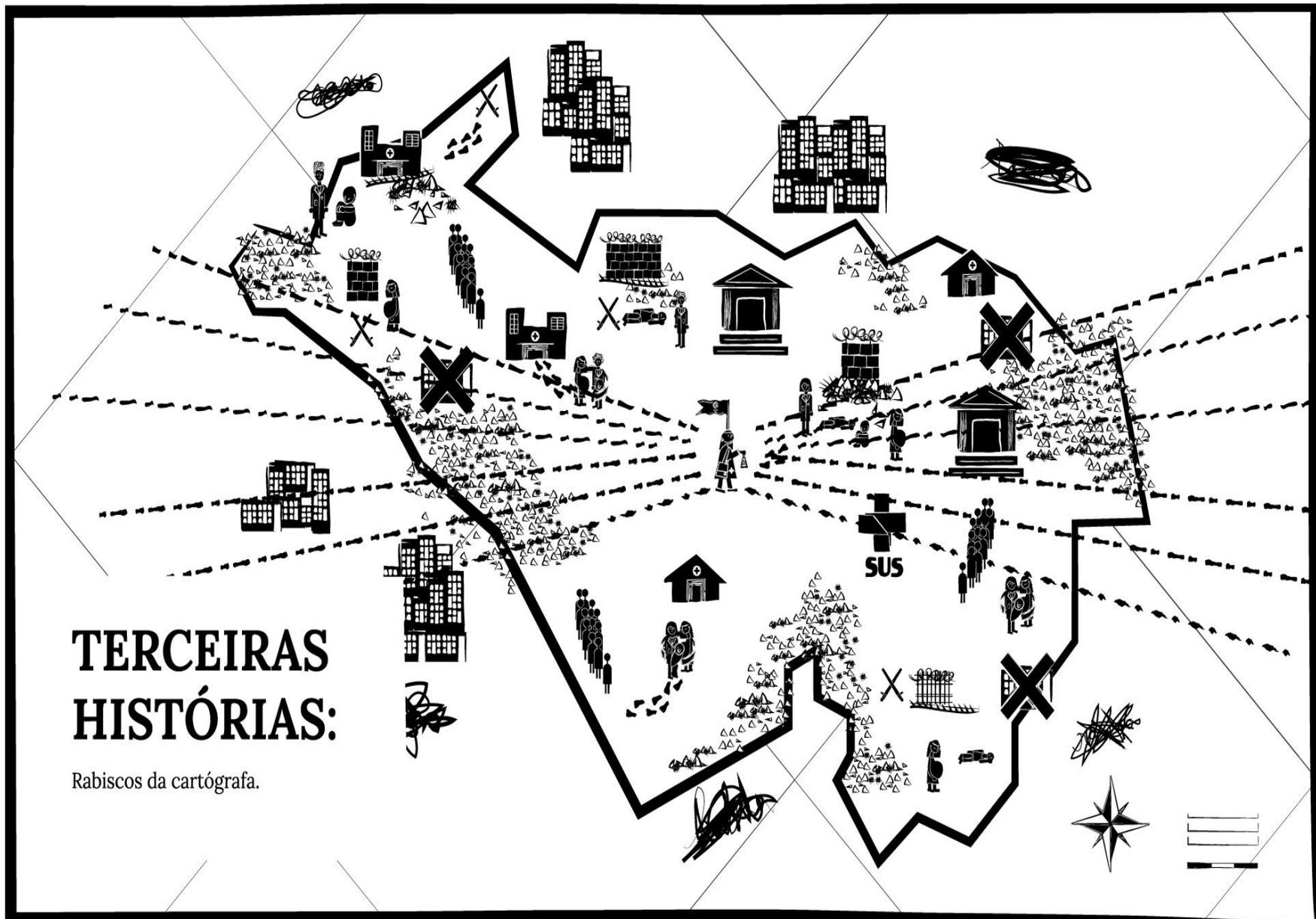
Embora ainda identifiquemos tensões entre os que se posicionam a favor das normativas com quem se posiciona contra e as novas ameaças colocadas, o movimento teve grandes conquistas como: a organização da rede, em especial da rede de saúde - tanto com a proposição de fluxos de atendimento, tanto com a conformação de um rede de profissionais contrários ao abrigo compulsório ; a suspensão da portaria em 2017 e ter levado esse debate para vários espaços sociais. Isso tudo resultou em uma

retração do número de crianças abrigadas.

Essa disputa transcende o terreno da saúde, e pode se orientar inclusive por uma mercantilização da vida dessas crianças. Por isso, o enfrentamento possível de ser feito até aqui foi muito vitorioso, mas muita coisa ainda precisa ser desvelada.

Assim como para RSB os atores se mobilizaram em torno da luta pela democracia (FEUERWERKER, 2005; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014), os atores da resistência sanitária às normativas, referenciados pelos conceitos da reforma sanitária, pelas doutrinas do SUS e pela luta antiproibicionista, se mobilizaram em torno da defesa radical dos direitos das mulheres de conviverem com seus filhos.

O modelo de enfrentamento proposto, partindo da micropolítica, pode nos orientar enquanto trabalhadores, pesquisadores, usuários e militantes do SUS (e da democracia) para superação desses desafios e daqueles que emergem na nova conjuntura política e social brasileira.



# TERCEIRAS HISTÓRIAS:

Rabiscos da cartógrafa.

## TERCEIRAS HISTÓRIAS: Rabiscos da cartógrafa.

*“No real da vida, as coisas acabam com menos formato, nem acabam.  
Melhor assim. Pelejar por exato, dá erro contra a gente. Não se queira.  
Viver é muito perigoso...”.*  
(JOÃO GUIMARÃES ROSA)

### 1 A SAÍDA

“O rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga” (DELEUZE E GUATARRI, 1995, p.32-33)

Com essa diversidade de entradas e saídas me atentei as que apareciam e vibraram mais em mim, minhas implicações pessoais soaram tanto que embora eu tenha tentado mapear o máximo de diversidades das tensões eu me detive mais para a maternidade - talvez pela implicação feminista, talvez pela sororidade feminina, talvez até pela minha formação em enfermagem obstétrica - e para o jogo de forças e os modelos de atenção em disputa - talvez por ser onde, na minha condição de sanitária aflita com esse cenário político, olho com mais preocupação.

Nessa travessia li, organizei, reli.... Editei meu método... Editei minhas reflexões... Rabisquei hipóteses...reconsiderei meus direcionamentos... me re-territorizei. Como diz Guimarães Rosa “” nesse afinar e desafinar entrego mapas provisórios das tensões e resistências que permeiam o cenário de saúde em relação ao abrigo compulsório. Mas tem muito mais a ser estudado.

## 2 O MEIO DA TRAVESSIA

A densidade da temática, os encontros e reflexões que ela nos fazia, fez essa caminhada vibrar entre o desejo e a dor. Me territorializar e me desterritorializar... me encantei pelo território de pesquisa, durante a pesquisa mudei o que eu almejava... impliquei com um método, rabisquei, me impliquei com outro... Muitas vezes parei de cartografar, parei de desejar esse tema, meu corpo doeu... Muitas vezes tive medo de falar... Outras vezes o meu corpo vibrou... me engajei de novo... com o tema me impliquei como cartógrafa, outras vezes como resistência, outra vez como trabalhadora, ou tudo misturado.

Essa travessia trouxe uma re-territorialização não só minha e dos pesquisadores implicados, mas de certo re-territorializou alguns atores pesquisados. Acreditamos nisso porque ao conduzirmos uma entrevista, inevitavelmente instigamos o entrevistado a (re)pensar, problematizar e (re)elaborar o que se discute.

Prova disso é que meses depois de aplicarmos a entrevista com determinado ator, recebemos a solicitação dele de ser novamente entrevistado, porque a nossa pesquisa o tinha levado a pensar em uma determinada perspectiva, que o fez lançar luz onde até aquele momento ele não tinha alcançado e que ele queria dizer novas coisas.

Nesse caso, em função da necessidade de fechar as entrevistas para a entrega desse estudo, não conseguimos ouvir a nova perspectiva desse ator. Mas só essa interferência que causamos já nos diz muita coisa.

Nessa andança houve 03 momentos que me marcaram mais fortemente, e essas vivências atravessaram a condução e direcionamentos desse estudo, foi quando tive medo, quando meu corpo doeu e quando meu corpo vibrou.

### **2.1 Quando tive medo:**

De início quis estudar a judicialização da vida a partir das mães órfãs. Por isso para mim era muito importante ouvir o que os atores do direito tinham a dizer da

intencionalidade dessas normativas. Mas após a entrevista com um desses atores, e adentrando o território de estudo onde fui percebendo as repressões direcionadas aos que ousavam se levantar para resistir às normativas, e também refletindo que me cabia mais dizer sobre o nosso fazer enquanto saúde, eu mudei meus direcionamentos e vim estudar as tensões e as resistências.

## **2.2 Quando meu corpo doeu:**

Meu corpo doeu diversas vezes nesse percurso, mas em um momento em especial essa dor foi de certa maneira limitante. Vale trazer aqui uma anotação do meu diário de campo após a última entrevista, em novembro de 2018. Chegamos a esse ator por indicação de outro participante da pesquisa, por achar pertinente ouvir o contraditório. Mas abaixo transcrevo parte dos meus rabiscos:

Durante a entrevista não consegui 'mapear' de que lugar nessa disputa ele fala, parece que ele falava a partir do que ele julgou mais seguro falar, ou o que, na visão dele gostaríamos de ouvir... Mas quando desligamos o gravador ele me conheceu de outro espaço e começou a falar e mostrar algumas questões que nos deixaram perplexa... eu fiquei perplexa... perplexa e com muita dor de cabeça... Ele apontou que i) os conselhos tutelares também foram obrigados a implementar a portaria; ii) mostrou um impresso de um fluxo imposto pela Promotoria que os Conselhos Tutelares tem que seguir; iii) questionou a relação que a CMCA tem com os donos dos abrigos; iv) acredita que as normatizações servem para "aumentar oferta" de crianças para adoção e ainda que cada adoção é precificada; v) acredita que existe disputa dentro do judiciário. (Diário de campo, novembro de 2018).

O que eu fiz depois desse encontro? Já com dor de cabeça (como bem anotei no diário de campo), sentei no carro, escrevi, liguei pra orientadora e fiquei perplexa mais alguns minutos... ou horas... e permaneço até agora com um resto de perplexidade. Mas ali fiz uma escolha de não me debruçar em alguma coisa que meu corpo até aquele momento não dava conta... então assumimos que embora nesse estudo encontramos pistas sobre o ponto 3 e 4 anotado naquele diário, essa e outras pistas, só mencionaríamos esse resultado, mas não nos debruçaríamos sobre ele.

### **2.3 Quando meu corpo vibrou:**

Mais recentemente, chegando ao fim do mestrado retornei para a Rede SUS de Belo Horizonte para atuar como enfermeira do “Consultório de Rua”. E trabalhar nesse espaço não veio ao acaso - inclusive antes desse estudo eu não sabia da existência desse dispositivo dentro da rede de saúde- quis ir para esse espaço porque justamente no meio dessa trajetória me apaixonei pela potência de resistência sanitária que essas trabalhadoras fazem..., mas meu corpo vibrou mais que isso.

Em um dos meus primeiros dias em campo, como enfermeira, fui conhecer uma família que a partir daquele momento eu assistiria. Das potências daquele encontro, percebi uma grande solidariedade entre as mulheres da casa, muito cuidado compartilhado entre todos ali e muita empatia, e após a prosa, o cafezinho e os abraços nos despedimos.

Na volta para van, uma colega de trabalho que sabia das minhas implicações com o tema, me conta que aquela família era uma família alvo das normativas do abrigamento compulsório e que o menino lindo - bem cuidado, alegre e comunicativo - que abracei era o “menino da sacola”. Por resistência daquelas mulheres e pela resistência sanitária (o que justifica o Consultório de Rua os assistir até hoje) eles estão juntos.... E me questionou enfaticamente: “Esse menino tá malcuidado?”

Não! Não tive dúvidas, que o melhor para a produção de vida dessa criança e dessa família é eles permanecerem juntos com toda a sua potência de cuidado, com toda experiência de solidariedade e com toda potência de vida. E que bom que tiveram oportunidade de serem acompanhados por essa linha de cuidado e a sorte de serem referenciados a esses profissionais.

Outro aspecto que esse episódio me fez vibrar foi presenciar em ato, o engajamento militante das profissionais de saúde que estavam ali. Para garantir o daquela convivência familiar aos profissionais se desdobram, promovem redes, transpiram, inventam uma nova modalidade de fazer saúde, abraçam, se engajam em assistir a integralidade da família, se comovem. In-mundo ali (re)afirmei que eu estava no lugar certo!

### **3 A CHEGADA**

#### **3.1 Das tensões....**

Como propõe Abrahão *et al* (2016) esta pesquisa não se revela apenas na descrição dos acontecimentos, mas se propôs a construir debates e promover concretudes e outras formas de dizibilidades do acontecimento.

O Higienismo, a Guerra às Drogas e o modelo de maternidade sustentado pelo patriarcado compuseram o cenário macropolítico para sustentar a criação das normativas e a manutenção de práticas como elas propunham.

Duas narrativas atravessaram o território, especialmente no interior dos dispositivos de saúde e de assistência social e juntamente com as concepções macropolíticas contribuíram para a sustentação das normativas do abrigo compulsório. São elas i) O argumento de insuficiência da Rede de Serviços de Proteção e de Saúde e ii) O argumento de Proteção à Criança.

Em especial a segunda narrativa o argumento de Proteção à Criança, acumulamos que ele permeia toda a justificativa das normativas e vem mais como uma retórica ou demagogia que sua verdadeira intencionalidade.

Posto esse cenário acreditamos ter existido uma captura dos atores que se orientavam por alguns aspectos do plano macropolítico e pactuados com essas narrativas se aproximaram mais do judiciário, o que, em certa medida, facilitou a conformação das narrativas.

Acreditamos que foi mais fácil se aliar aos trabalhadores das maternidades pelo ponto da assistência que ele se situa, em função desses equipamentos terem menor vínculo territorial, por esses profissionais não terem os acúmulos e vivências que a rede de saúde mental e a atenção básica tem sobre o proibicionismo e a criminalização, especialmente se tratando de casos de uso de drogas.

#### **3.2 Dos Ruídos...**

Foram várias as repercussões da aplicação das normativas. Entre 2014 a 2017

foram abrigadas entre 343 a 428 crianças, sendo que, no ano de 2014, tivemos mais abrigamentos e no ano de 2017 menos. Achamos pistas que isso se deu pela resistência construída às normativas e pela reestruturação da rede. Achamos ainda que a portaria foi imposta e isso repercutiu em maior abrigamento no primeiro ano; houve constrangimento dos trabalhadores e gestores de instituição que se negavam a seguir as normativas, e em função disso por parte dos profissionais havia muita ansiedade para cumprir o prazo da portaria.

Fugindo das normativas algumas mulheres traçaram linhas de fuga, como não parir no hospital, ir para outra cidade ou evadir das instituições.

Em relação aos abrigos encontramos algumas pistas que contrariam o funcionamento desejável, a principal delas é que, em alguns momentos, se dificultava a visita da mãe ou família extensa a criança. Outro aspecto é a não vinculação das crianças na Rede SUS.

### **3.3 Das Resistências...**

Em relação às resistências foram encontradas várias frentes, vale destaque para a resistência dos profissionais e gestores do SUS. A comissão perinatal e o Movimento de Quem é Esse Bebê conduziu essa resistência principalmente no interior do SUS, e conseguiram alcançar grande capilaridade na luta contra as normativas, articulando atores e instituições de vários campos. Esses outros campos também produziram muitos instrumentos de luta. O maior ganho da resistência foi ter conseguido suspender as normativas, ter proposto um fluxo de atendimento para as mulheres alvo da normativa e ter dado muita visibilidade a essa problemática.

## **4 UM CONVITE A NOVAS TRAVESSIAS**

A densidade do tema, a complexidade social, o tempo do mestrado e até a

limitação de um melhor dimensionamento do momento social e político que vivemos não nos permitem debruçar, nesse momento, em temas que pedem passagem.

Reconhecemos a necessidade de melhor explorar a complexidade de cada ponto do jogo de forças, de cada ponto da tensão e ainda aprofundar as reflexões da resistência.

Algumas coisas ainda não estariam autorizadas a emergir, ou pedem mais pistas para serem mencionadas, como é caso do destino de crianças abrigadas e depois adotadas. Haveria alguma intencionalidade para facilitar esse percurso? Nesse sentido é preciso direcionar um olhar para o que sustenta o abrigo dessa grande quantidade de crianças (o que, por óbvio, não aparecem nos documentos). Precisamos problematizar a adoção, o crescimento do número de abrigos de criança abrigada, as adoções internacionais...

Sobre os abrigos, ainda temos que nos perguntar, enquanto sociedade e enquanto cidadãos que teriam o direito de deliberar sobre a coisa pública, porque direcionamos essa enorme quantidade de recurso para uma instituição acolher **uma** criança que está em situação de extrema pobreza, quando essa mesma quantidade de recurso tiraria essa criança e sua família dessa condição de miséria. Quais agenciamentos temos aqui?

Precisamos também entender esse momento de tanta hegemonia do judiciário no Brasil. Na saúde já experienciamos isso nos processos conhecidos como “judicialização da saúde” onde o judiciário à sua maneira impõe ao poder executivo um direcionamento da execução dos seus recursos. No caso do abrigo compulsório vemos muito o judiciário definindo o agir em saúde e entrando dentro da vida dessas mulheres e crianças e judicializando suas vidas. Tem sido comum vermos o judiciário extrapolar o seu poder e com isso ele inaugura todo dia uma nova modalidade de arbitrariedade.

Algo que também nos aparece nesse cenário que vale ser mais estudado é o fato de se haver tanto no campo da ciência, quanto no campo da luta política, muita produção em relação ao aborto enquanto direito, ao passo que pouco se produz para se garantir o direito de quem deseja ser mãe, independente de classe social, de cor e de hábitos de vida.

É preciso acompanhar os efeitos das normativas na trajetória de vida das

mulheres que tiveram mais esse direito subtraído e acompanhar também a trajetória de alvos da normativa que resistiram e as crianças que permaneceram com as famílias.

Faz-se necessário direcionamos um olhar para a maternidade da mulher negra ao longo da história. Se pensarmos das amas de leite às mães-órfãs encontramos grandes similaridades. Quantas vezes o exercício do direito à maternidade da mulher negra foi subtraído para servir o desejo da mulher branca? Ora produzindo leite para o filho da mulher branca, ora deixando de cuidar dos seus filhos para cuidar dos filhos da mulher branca (“que se emancipou”) e agora produzindo o filho da mulher branca. O que essa simetria nos diz?

Captamos no nosso estudo um crescimento, ou pelo menos maior adesão por parte de alguns atores, de concepções conservadoras, em consequência à maior receptividade à políticas higienistas - que no caso das normativas estudadas aqui abarcou a guerra às drogas, à criminalização da pobreza, o racismo e a imposição de um único modelo de maternidade. Percebemos isso em quais outras políticas?

Tanto os propositores das normativas, quanto os resistentes a elas, utilizaram estratégias de disputa de hegemonia que passavam pela micropolítica. Isso pode nos orientar enquanto usuários-trabalhadores-pesquisadores para nos posicionarmos frente aos novos desafios colocados na nova conjuntura política e social brasileira.

A conclusão dessa parte da pesquisa foi feita no contexto das eleições presidenciais brasileiras de 2018, onde por maioria de votos a sociedade brasileira decidiu como representante maior do executivo um projeto político que se aproxima muito desses valores conservadores.

Para uma disputa desse porte os agenciamentos e as mobilizações devem ser construídos por anos no seio da sociedade, os valores defendidos são ativados na sociedade a partir de uma rede de estratégias. Então não seria exagero pensar que normativas como as do abrigo compulsório eram pistas (para o lado de cá) e ensaios (do lado de lá) para um aprofundamento da hegemonia conservadora.

O que essas simetrias de avanços conservadores dentro da saúde e no âmbito da política brasileira tem a nos dizer?

Trazendo nosso território de estudo para a reflexão de Fleury (2009) que chama a

atenção para o fato de “que do ponto de vista estratégico, a luta pela universalização da saúde aparece com parte intrínseca à luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania” (FLEURY, 2009 p 157), a resistência sanitária - e as resistências que se somaram às normativas do abrigamento compulsório seguiram uma linha acertada.

Mas frente aos recuos e avanços dessa proposição, frente às ameaças que a saúde pública sofre, frente às ameaças de criminalização de qualquer forma de resistência e até frente às novas suspeições levantadas aqui, apontamos a urgência e necessidade de nos posicionarmos de maneira radical em defesa dos princípios históricos do SUS e da Democracia Brasileira.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C. e MERHY, Emerson Elias. (orgs) **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, p. 155-170.

BADINTER, E. **O Conflito a Mulher e a Mãe**. Rio de Janeiro: Record. 2010.

BARBOSA, de Pinho L. B. *et al.* Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. **Rev. Enfermería Global. Espanha**, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/395>>. Acesso em: 04 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua : um direito humano / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, 2008

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília, 2016.

BELLOC, M. M.; CABRAL, K. V.; OLIVEIRA, C. S. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. **Saúde em Redes**. 2018; 4(Supl.1):37-49

BERTUSSI DC, BADUY, RS, FEUERWERKER LCM, MERHY EE. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. (Orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016 p.48-61. (Políticas e cuidado em Saúde- Livro 1)

BELO HORIZONTE. CMDCA. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Deliberação nº 111/2015. **Diário oficial do município**, 21 de fevereiro de 2015. Belo Horizonte, 21. Fev. 2015. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1137498>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BELO HORIZONTE. Conselho Municipal de Saúde. **A XXXX ? nº 419/16** do Conselho Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/res-419-16-portaria-3.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BELO HORIZONTE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Câmara Técnica de Saneamento e Políticas Intersetoriais. Secretaria Municipal de Saúde. **Parecer Nº -**

**151/2014.** Belo Horizonte, 2014. Disponível em:

<<https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/parecer-151-14-ctspi-sobre-recomendac3a7ao-05-e-06-mpjif-1.pdf>>. Acesso em: 01. nov. 2017.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Ofício nº 1314/2014.** Belo Horizonte, 26 de dezembro de 2014. Disponível em:

<<https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/notificacao-smsa-2014.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BELO HORIZONTE. CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Secretaria Municipal de Políticas Sociais -. Ata da 11ª sessão plenária ordinária de 1º de dezembro de 2014. **Diário oficial do município**, 3 de fevereiro de 2017. Disponível em:

<<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1136628>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Ofício Secretaria Municipal de Saúde nº1314, de 26 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as recomendações nº05 e nº 06 de 2014 e apresenta fluxograma de atendimento às mães usuárias de drogas no município de Belo Horizonte. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 26 Dez., 2014. Disponível em:

<<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1144312>>. Acesso em: 01 Nov. 2018.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Dicionário de política. Trad. Carmen C, Varriale et ai.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. 11. Ed. **Brasília : Editora Universidade de Brasília**, 1998, 1330p. Disponível em:

<[https://mpassosbr.files.wordpress.com/2013/03/dicionario\\_de\\_politica.pdf](https://mpassosbr.files.wordpress.com/2013/03/dicionario_de_politica.pdf)>. Acesso em 02 de Jan. de 2019.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**, de 16 de julho 1990 – ECA. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Princípios do SUS.** Brasília: [s.d.]. Disponível em:

<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> . Acesso em: 01. Fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, 2013. Disponível: <>. Acesso em: 01. Dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)>. Acesso em: 06 de Jan. de 2019.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade em saúde.. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, v. , p. 113-126.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997

CECILIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007.

CHAUI, Marilena. Imperdível **Aula de Marilena Chauí sobre Antônio Gramsci**. 2014. (11m32s). Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=7&v=gmCebWEqTYI](https://www.youtube.com/watch?time_continue=7&v=gmCebWEqTYI)>. Acesso em: 01. Fev. 2019.

CLÍNICA DIRETITOS HUMADOS DA UFMG. **A Nota Técnica sobre a Minuta de Portaria em substituição à Portaria nº 03/VCIJBH/2016**. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <>. Acesso em: 01 Nov. 2018

COMISSÃO ORGANIZADORA DO 1º ENCONTRO. **Texto Norteador e Disparador**. In: 1o Encontro Nacional da Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas de Saúde e Educação em Saúde; 18-20 out 2017; Campo Grande (MS): Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; 2017.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Resolução CMS/BH 431/17. **Diário Oficial do Município**, 23 nov. 2017. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1186997>>. Acesso: 24 de nov. 2017.

DELPHY, C. Patriarcado (Teorias do). In: HITATA, H. (org.) **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009 p 173- 175.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: 34, 1995. (Coleção Trans, v.1)

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. *et al.* **LIVRO Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 31-50  
Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

FÉLIX-DOS-SANTOS, C; CECCIM RB. Encounters on the street: possibilities of health in a street health care center. **Interface** (Botucatu). 2018; 22(67):1043-52.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, Dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 11 Fev. 2019.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R.; Matos, R.A. **Gestão Em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/13900657-As-redes-na-micropolitica-do-processo-de-trabalho-em-saude-1.html>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

FRANCO, T.B. Fobia de Estado e a Resistência ao Recolhimento Compulsório de Bebês. **Revista Saúde em Rede**. 2018; 4(Supl.1), p. 85-98. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 67-79.

JORGE, A.O.; MERHY E.E.; PONTES, M.P. Introduzindo a pesquisa: uma trajetória de encontros. **Saúde em Redes**. 2018; 4(Supl.1):9-26. Doi: <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n1suplem.911g268>

KARMALUK, C. *et al.* De quem é este bebê?: Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna!. **Revista Saúde em Rede**. 2018; 4(Supl.1), p. 169-190. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

LANSKY, S. De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. **Revista Saúde em Rede**. 2018; 4(Supl.1), p. 190-208. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MACIEL, Alice. **Tive que entregar meu filho para uma desconhecida**. Agência de jornalismo investigativo. 2017. Disponível em: <<https://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/>>. Acesso em 12 de Dez. De 2018.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Mehry, E.E. *et al* (Orgs). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

MERHY E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

MERHY, E. E. **Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde**. (Projeto de Pesquisa). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. 1ed.São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1231999000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1231999000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 11 Fev. 2019

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. **Terceiro Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte, 2013**. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2018/forum-tecnico-pop-rua/documentos/material-de-referencia/000pesquisa-pop-rua-sobre-bh.pdf>>. Acesso em: 01 de agosto de 2018.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. **da 34ª Reunião Ordinária da Comissão de Segurança Pública**. Belo Horizonte, 07 de fevereiro de 2015. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/85625989/al-mg-07-02-2015-pg-50>>. Acesso em: 01 de nov. 2017.

MINAS GERAIS. Comissão Extraordinária de Mulheres. Relatório de Visitas. Belo Horizonte, 25 jun. 2018.

MINAS GERAIS. Defensoria Pública. Atuação conjunta das Defensorias Públicas da União e do Estado de Minas Gerais. **Recomendação conjunta nº 1/2014/ODHTCMG/DPDH/DPIJC, de 19/12/2014**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Recomendacao%20Conjunta%20Defensorias.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

MINAS GERAIS. ESTADO DE MINAS GERAIS Advocacia – Geral do Estado Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução conjunta ses-mg/sedpac-mg/sedese-mg nº 206, de 18 de novembro de 2016** Belo Horizonte, 2016.

MINAS GERAIS. Ministério Público. **Recomendação nº 5/PLIJC BH/MPMG**, de 16 de junho de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por maternidades e estabelecimentos de saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais: 2014a.

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

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

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. Pesquisa Interferência desde Heisenberg // Interference Research Since Heisenberg. **DIVERSITATES International Journal**, [S.l.], jul. 2015. ISSN 1984-5073. Disponível em: <<http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/93>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MOEBUS, R. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E.. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: Merhy, Emerson Elias et. al (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 43-53. (Políticas e cuidados em saúde – Livro 1).

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **QUAL REVISTA?** vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

MOVIMENTO DE QUEM É ESSE BEBÊ. **Entenda o caso**. [online] 2016. Disponível em <>. Acesso em: 01 out. 2017.

MOVIMENTOS SOCIAIS. **Manifesto**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<https://dequemeestebebe.wordpress.com/entenda-o-caso/documentos/>>. Acesso em 01. nov. 2017.

NETO, O. C. O TRABALHO DE CAMPO COMO DESCOBERTA E CRIAÇÃO. Livro Minayo. MINAYO, M. C. S.(org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 51-63.

OLIVEIRA, D.S. **Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 137f. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador: 2016.

ORSINE, A. O. L. M. *et al.* Sofia: narrativa de uma história de abandono e sequestro dos direitos de vir a ser. **Revista Saúde em Rede**. 2018; 4(Supl.1), p. 75-85. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/Issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

PAIM, J. S. **A crise de saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125p.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**,

23(6):1723-1728, 2018 (DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018)

PROGRAMA PÓLOS DE CIDADANIA DA UFMG. **Considerações sobre a minuta de portaria em substituição à portaria nº 03/ VCIJBH/2016 e contribuições para o debate.** Belo Horizonte, 2017

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF** (Impr.) vol.16 no.2 Itatiba May/Aug. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712011000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000200010)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

REIS, S. E. H. *et al.* O Cotidiano de Mulheres Grávidas Moradoras no alojamento de uma maternidade Social. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jul-Set; 17(3): 492-501.

RODRIGO, C. R.; LIS, I. P. **Higienismo, Educación Ambiental y Previsión Escolar: Antecedentes.** Valencia: Publ. Universitat de Valencia, 1999.

RODRIGUES, A. S. *et al.* Care for women involved with drugs: social. Representations of nurses. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017;70(1):65-72. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

ROLNICK, S. **Cartografia sentimental.** Porto Alegre: Sulina, 2007.

ROSA, J.G. **Grande sertão: Veredas**, 19 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

RUBIN, R. **Maternal identity and the maternal experience.** New York, Springer Pub Co, 1 ed.1984

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7):2303-2314, 2018

SILVA, K.L.; MOEBUS, R. I. N.; FERREIRA, V.L.. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: Merhy, E. E. *et. al* (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis, 2016 p.91-95. (Políticas e cuidado em Saúde- Livro 1)

SILVA, R. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 203-2s vidas em situação de vulnerabilidade. *Revista Saúde em Rede*. 2018; 4(Supl.1), p. 27-36.  
14, set. 2011/fev. 2012

SIQUEIRA, P. M. *et al.* Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim... **Revista**

**Saúde em Rede.** 2018; 4(Supl.1), p 51-60. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/Issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SOUZA, C. M. B. *et al.* Mães órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade. **Revista Saúde em Rede.** 2018; 4(Supl.1), p. 27-36. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/Issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SOUZA, H. G. **Contra-hegemonia: um conceito de Gramsci?**. Dissertação. (Mestrado em Educação) 91f. Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social. Belo Horizonte, 2013

SOUZA, S. R. L; FRANCISCO, A. L. O Método da Cartografia em Pesquisa Qualitativa: Estabelecendo Princípios... Desenhando Caminhos... **Atas CIAIQ2016. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud**//Volume 2. Brasília, 2016.

SOUZA, T. P. **Estado e Sujeito.** A Saúde entre a micro e macropolítica... de drogas. Hucitec Editora. Campinas, 2018.

SOUZAS, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Mulheres negras e brancas e a maternidade: questões de gênero e raça no campo da saúde. **ODEERE**, [S.l.], v. 2, n. 3, out. 2017. ISSN 2525-4715. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/1581>>. Acesso em: 29 de Dez. de 2018.

TEIXEIRA, C. F. , SOUZA; A. L. Q. . Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TRINDADE, V.; BARTILOTTI, C. B. Não quebrou a corrente, mas abriu um elo entre nós”: o impacto da dependência química materna sobre o vínculo mãe-filho. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, 2017 Jan.-Mar., p.4-12

## APÊNDICE 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

#### CARTA CONVITE

Prezado(a) Sr.(a),

Por meio deste instrumento, venho torná-lo (a) ciente da pesquisa “Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde” e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma.

Este estudo tem como objetivo construir novas formas de avaliação de políticas em saúde visando atender aos novos desafios da sociedade brasileira no que tange a produção de uma atenção em saúde de qualidade, envolvendo os gestores, trabalhadores e usuários, através da criação de um observatório multicêntrico de políticas públicas em saúde e em educação em saúde.

Esta é uma pesquisa nacional multicêntrica coordenada pelo Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, Professor Titular de Saúde Coletiva da UFRJ-Macaé e aqui, em MG, pela Profa. Alzira de Oliveira Jorge, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG. A pesquisa está sendo desenvolvida em parceria com outras universidades públicas brasileiras e serão investigados vários municípios, incluindo-se o município de Belo Horizonte/MG.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, por ser gestor, gerente, referência técnica, profissional de saúde, formulador ou fiscalizador de alguma política pública que envolva a saúde (autoridades do poder judiciário ou Ministério Público) ou, ainda, usuário(a) ou representante dos usuários dos serviços de saúde no município de Belo Horizonte. Nesta etapa realizaremos reuniões, observações, Oficinas, Grupos de trabalho e entrevistas com pessoas envolvidas nas políticas de saúde desenvolvidas no município.

Esta pesquisa pode ter como riscos: a exposição dos dados dos pesquisados, a interferência do pesquisador na dinâmica do trabalho dos entrevistados e eventuais transtornos psicológicos dos entrevistados ao relatarem suas experiências profissionais ou como usuários dos serviços de saúde. Por outro lado, poderá apresentar os seguintes benefícios: construção de um panorama amplo de informações sobre os principais indicadores de acesso e de barreira ao tratamento de pacientes relacionado às políticas a serem pesquisadas; contribuir para a revisão da formulação das políticas e consequente potencialização

dos efeitos propostos pelas políticas estudadas; compartilhamento e transferência de tecnologia e conhecimento, favorecendo a apropriação crítica dos participantes e consolidando práticas de cuidado, de ensino e de gestão no sistema único de saúde; mapeamento e análise dos determinantes sociais da saúde, das condições e das lacunas da rede de atenção; formação de redes de pesquisa e intercâmbio científico e cultural.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à coordenadora da pesquisa e sua equipe em Minas Gerais, Alzira de Oliveira Jorge, que pode ser encontrada na sala 818 da Faculdade de Medicina da UFMG, no endereço: Av. Alfredo Balena, nº 190, 8º andar, sala 818, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP: 30130-100 e telefones 3409 9812/9803/9804 e e-mail: alzira.o.jorge@gmail.com.

- Além disso, em caso de dúvidas você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde esta pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto a dúvidas ou questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. Neste sentido esta pesquisa foi aprovada em nível nacional pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida, situado à Rua Ibituruna, nº 108, Bloco B, 5º andar, Tijuca, Rio de Janeiro/RJ. CEP: 20.271-020. Telefone: (021)1574-8800. Email: cep@uva.br. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte situado à Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte/MG. CEP: 30.720-000. Telefone: (031)3277- 5309. E na UFMG foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG localizado na Av. Antonio Carlos, 6627 – Pampulha CEP 31270-901 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005. Telefone 031 3409 4592 . Email: coep@prpq.ufmg.br. Horário de atendimento: 09:00 as 11:00 / 14:00 as 16:00. Todos eles podem ser acionados caso considere necessário.

- Nossos encontros para a realização de *reuniões, observações, Oficinas, Grupos de trabalho e entrevistas* poderão, caso tenha seu consentimento, ser áudio-gravados ou filmados para garantir a reprodução fidedigna das suas opiniões sobre as questões perguntadas/discutidas. Todo o material produzido na pesquisa estará sob a guarda da pesquisadora responsável, por um período de 5 (cinco) anos em local seguro. Quando acontecer a gravação ou a filmagem você será questionado se concorda com este procedimento. O material produzido na pesquisa (áudios, vídeos, reproduções) será destruído após os cinco anos de armazenamento.

- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.

- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiros. Todos os procedimentos para a coleta dos dados neste estudo não serão invasivos sob o aspecto físico e se fará respeitando a dignidade da pessoa humana. Da

mesma forma, nos responsabilizamos pela redução de quaisquer desconfortos ou riscos que possam haver com a entrevista, observação ou outro instrumento adotado no estudo.

- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.

- Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

- Nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

- Os benefícios da pesquisa se referem à possibilidade de realizarmos uma construção conjunta de um processo de avaliação da produção do cuidado em saúde, tomando como base o aprimoramento da qualidade dos processos de trabalho para melhor atendimento e resultados sanitários para a população usuária dos serviços de saúde.

- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você (o participante) e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador. A Coordenadora da Pesquisa ou o COEP UFMG (ou ainda os outros Comitês acima referidos) poderão ser contatados a qualquer momento, em caso de dúvidas ou esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Alzira de Oliveira Jorge  
Coordenadora Pesquisa MG

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_, acredito ter sido suficientemente informado a respeito dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Eu discuti com o coordenador/pesquisador sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do informante

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ( )

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

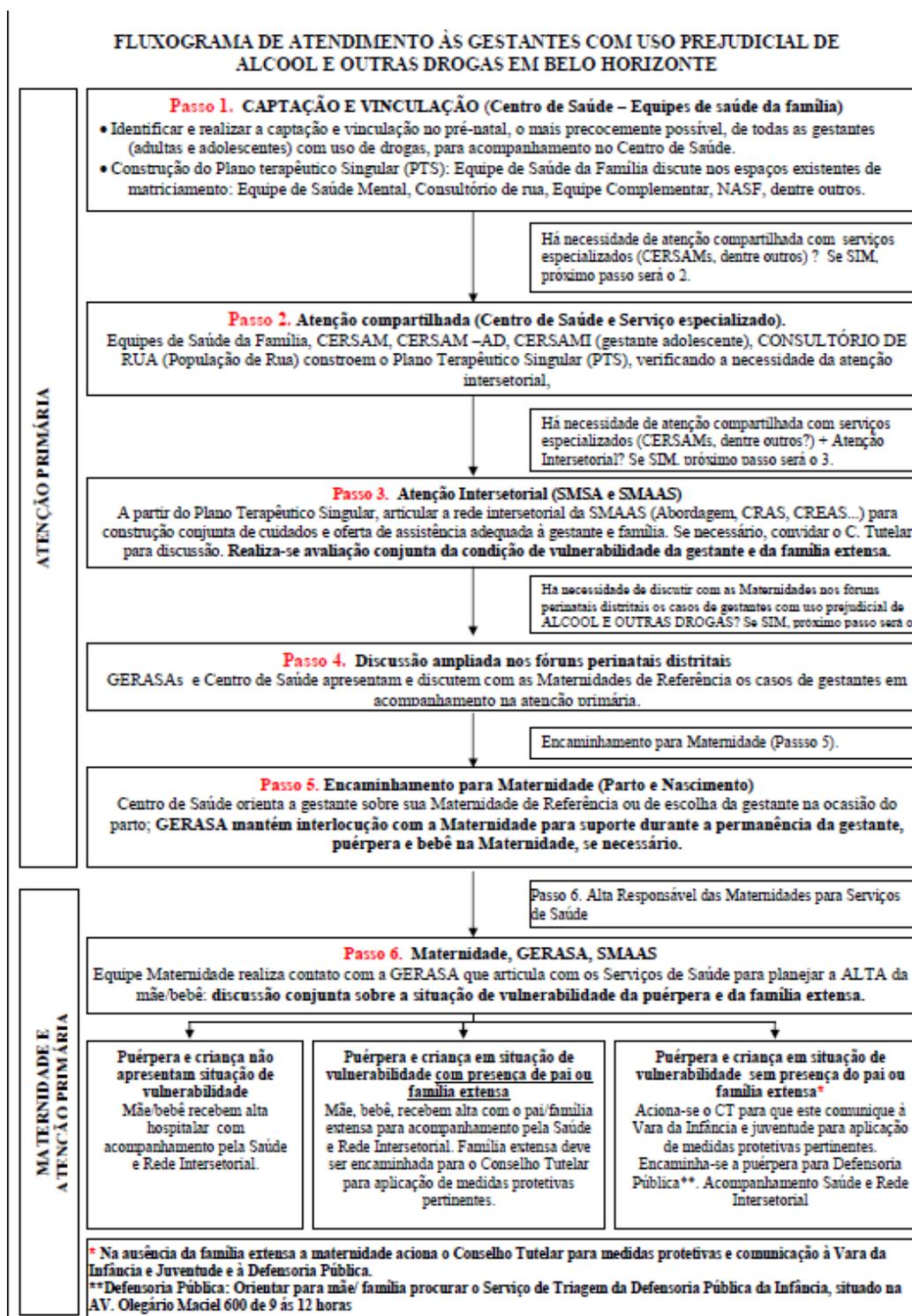
Assinatura do(a) pesquisador(a)

## APÊNDICE 2

**ROTEIRO ENTREVISTAS MÃES ÓRFÃS**

- 1) Você tem ciência/ conhecimento sobre a portaria nº3?
- 2) Quem foram os principais atores envolvidos na elaboração da Portaria nº3?
- 3) O judiciário buscou escutar outros atores estratégicos que seriam impactados pela Portaria 3? (Discussão com SMS, SMAS, direção de maternidades, trabalhadores da saúde e movimentos sociais).
- 4) A portaria 3 é baseada em quais conhecimentos? A concepção da portaria teve respaldo técnico- científico ou se espelhou em normatizações já existentes em outros locais?
- 5) Quais os valores definidos pela portaria 3?
- 6) Quais as justificativas envolvidas na necessidade de instituir a portaria 3?
- 7) Qual o sentido que a portaria 3 tem para os serviços de saúde?
- 8) Como ocorreu o processo de implementação da portaria 3 nas maternidades e demais serviços de saúde? Houve algum tipo de planejamento/ preparação das equipes para o início da implementação? Foram encontradas dificuldades nesse momento inicial?
- 9) O que a portaria 3 traz de novo/ benefícios para os serviços públicos e para a sociedade?
- 10) Como a portaria 3 foi recebida pelos serviços e profissionais?
- 11) Como a portaria foi recebida pela sociedade e seus movimentos organizados?
- 12) Como as mães, as quais esta Portaria faz menção, tem aceitado a perspectiva do abrigamento e separação dos seus bebês?
- 13) A portaria 3 está sendo implementada da forma como foi concebida? Ou tem tido algum tipo de resistência? Quais e por quê?
- 14) Na sua avaliação, haveria possibilidade de aprimorar a portaria 3 para conseguir maior respaldo e legitimidade? Em caso positivo, o que poderia ser aprimorado?

## ANEXO A - Fluxograma de atendimento às gestantes com uso prejudicial de Alcool e Drogas em Belo Horizonte



## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP I

UNIVERSIDADE VEIGA DE  
ALMEIDA / UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Pesquisador:** Emerson Elias Merhy

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38804614.8.1001.5291

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.756.736

**Apresentação do Projeto:**

ok

**Objetivo da Pesquisa:**

ok

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

ok

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

ok

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

ok

**Recomendações:**

nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

nenhuma pendência.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Ibituruna nº 108, casa 3, 2º andar

**Bairro:** Tijuca

**CEP:** 20.271-020

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)1574-8800

**Fax:** (21)1574-8800

**E-mail:** cep@uva.br

UNIVERSIDADE VEIGA DE  
ALMEIDA / UVA



Continuação do Parecer: 1.758.738

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_578372_E1.pdf	22/09/2015 15:56:32		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.scaneada.pdf	07/08/2014 20:51:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Observatório.doc	07/08/2014 20:46:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CHAMADA_MCTL_-_PROJETO_CNPq_-_OBSERVATORIO_DE_POLITICAS_P	07/08/2014 20:45:38		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

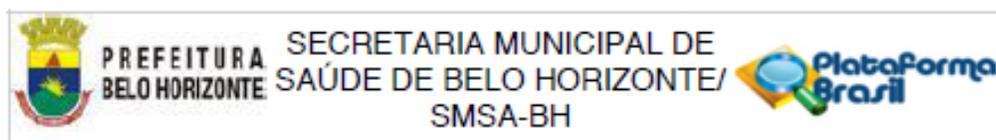
RIO DE JANEIRO, 02 de Outubro de 2016

---

Assinado por:  
Celso da Silva Queiroz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ibituruna nº 108, casa 3, 2º andar  
 Bairro: Tijuca CEP: 20.271-020  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)1574-8800 Fax: (21)1574-8800 E-mail: ccp@uva.br

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP II



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Pesquisador:** Emerson Elias Merhy

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38804614.8.3001.5140

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.847.486

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisa multicêntrica coordenada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro com as instituições colaboradoras: UFRJ-Macaé, USP, UniRio, UFES, UNICAMP, UFF e UFMG. O objetivo desse projeto é de se criar um Observatório de Políticas Públicas em Saúde e em Educação em Saúde, envolvendo uma rede de pesquisadores de diversas instituições de ensino superior do Brasil, utilizando o que se define como "análise microvetorial". A ideia geral por trás do conceito é que a produção do cuidado como um fenômeno humano privilegiado é extremamente complexa e necessita de uma abordagem que coloque em conversação os diversos olhares que a observam. Compreende-se o estudo destes diversos olhares como uma análise de diversas dimensões ou vetores que captam aspectos singulares da produção do cuidado do ponto de vista dos atores envolvidos neste campo do agir humano. Empreender uma análise vetorial é procurar captar o agir e intencionalidade desses agentes quando se movem no jogo social dessa produção. Os pesquisadores propõem também a construir uma análise microvetorial, a análise desses vetores em seus efeitos micropolíticos em sentido amplo, compreendendo que todas as ações de cada ator têm repercussões nos demais atores do sistema, sejam gestores do sistema de saúde, trabalhadores diretamente envolvidos no cuidado e/ou usuários. Serão em torno de 100 participantes na pesquisa divididos os participantes da pesquisa neste centro sendo Gestores 30 Entrevistas,

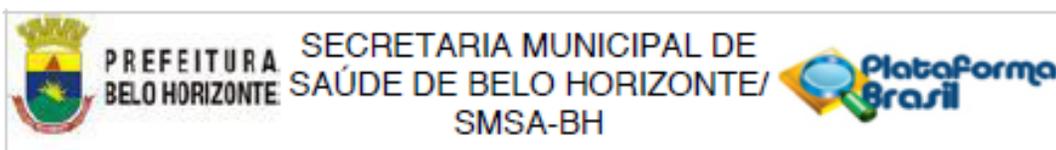
**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.847.485

Usuários 40 Entrevistas, Trabalhadores em Saúde 30 Entrevistas. Farão uma análise microvetorial dos múltiplos efeitos das seguintes normas e políticas:

Pesquisa 1 - Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

Pesquisa 2 – Portaria MS Nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, modificando a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011 de mesmo teor.

Pesquisa 3 – Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a "Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista".

Pesquisa 4 – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite (Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011) e as Portarias nº 793; 835 de abril de 2012; 492 e 496 de 2013 : Direito à Saúde das Pessoas com Deficiência

Pesquisa 5 - Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e da Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998, que trata da Residência Multiprofissional em Saúde.

Pesquisa 6 - Análise microvetorial do impacto da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, nos seus aspectos macro e micropolíticos.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Criar um observatório multicêntrico de políticas públicas em saúde e em educação em saúde.

#### **Objetivo Secundário:**

Construir novas formas de avaliação de políticas em saúde concatenadas aos novos desafios da sociedade brasileira no que tange a produção do cuidado em saúde.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa pode ter como risco a exposição dos dados dos pesquisados, a interferência do pesquisador na dinâmica do trabalho dos entrevistados e eventuais transtornos psicológicos dos entrevistados ao relatarem suas experiências profissionais. A pesquisa poderá apresentar os seguintes benefícios: construção de um panorama amplo de informações sobre os principais indicadores de acesso e barreira ao tratamento de pacientes relacionado às políticas a serem

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

**Bairro:** Padre Eustáquio

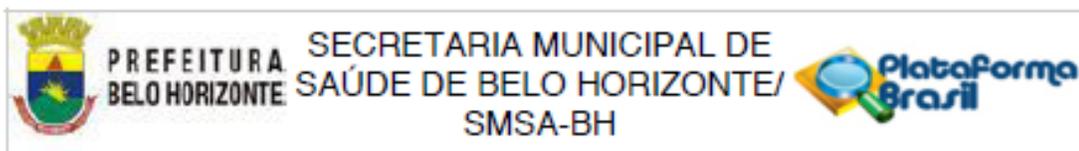
**CEP:** 30.720-000

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coop@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.847.488

pesquisadas; construção de um panorama amplo de informações sobre os projetos políticos pedagógicos das políticas de educação em saúde e fatores relacionados a eles; contribuir para a revisão da formulação das políticas e conseqüentemente para potencialização dos efeitos propostos pelas políticas estudadas; compartilhamento e transferência de tecnologia e conhecimento, favorecendo a apropriação crítica dos participantes e consolidando práticas de cuidado, de ensino e de gestão no sistema único de saúde; ampliação do conhecimento sobre a introdução, efeitos e impacto das normativas na assistência a saúde; contribuição para construir conhecimentos sobre os processos de formação permanente no campo da saúde que promovam modelagens assistenciais centradas na defesa da vida; ampliação e consolidação de parcerias com outras instituições de ensino, pesquisa e serviços direcionados à formação e qualificação das equipes de saúde; mapeamento e análise dos determinantes sociais da saúde, das condições e das lacunas da rede de atenção; formação de redes de pesquisa e intercâmbio científico e cultural.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A avaliação dos impactos, implementação e institucionalização de políticas públicas é um dos maiores problemas da gestão dos governos em seus diversos níveis (federal, estadual e municipal). Assim, a pesquisa é relevante pois poderá contribuir para melhorias no processo de cuidado em saúde e educação em saúde e no processo de construção de avaliação das políticas públicas de saúde no SUS. A proposta de criação do Observatório Microvetorial Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde atende a necessidade brasileira de avaliação e controle dos efeitos das proposições no campo da gestão pública no âmbito do poder executivo. Além disso, pretende contribuir para a ampliação dos estudos e produção científica nesse campo.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

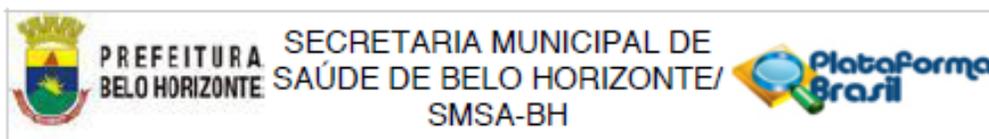
A Folha de Rosto assinada pelo pesquisador Emerson Elias Merhy e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada. Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada. O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador.

#### **Recomendações:**

##### **RECOMENDAMOS:**

- 1) adotar modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) do qual conste os dados atualizados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coop@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.847.488

de Belo Horizonte: Dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000  
Telefone: 3277- 5309;

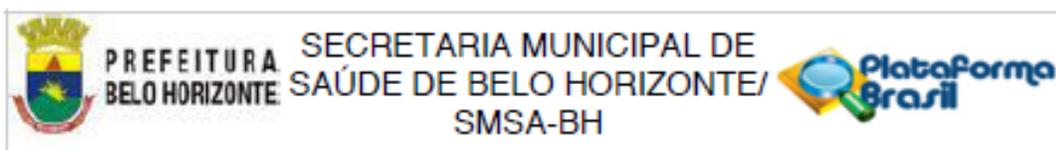
2) adotar modelo de TCLE do qual conste informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

3) adotar modelo de TCLE do qual não conste o seguinte trecho: "... e estes registros não determinarão qualquer risco, nem trará desconfortos...". Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Segundo a literatura, risco é a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável. Por definição, risco de pesquisa é a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa ou dela decorrente. Risco em saúde pode ser definido como o perigo potencial de ocorrer uma reação adversa à saúde das pessoas expostas ao procedimento;

4) adotar modelo de TCLE do qual conste informações relativas aos possíveis riscos e desconfortos que a pesquisa poderá trazer ao participante (descrever todos os riscos e desconfortos possíveis pois, segundo a Resolução 466/12 "... toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Quanto a este tema, a mesma Resolução preconiza: "...IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa ...";

5) adotar modelo de TCLE do qual esteja incluído, na última página do TCLE, recomendação em destaque para assinatura do pesquisador e do pesquisado e rubrica de ambos, nas demais

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.847.485

páginas, se for o caso.

6) adotar no novo modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) do qual conste informações acerca do destino do instrumentos de coleta de dados a serem adotados na pesquisa. Se há o planejamento de se armazenar os dados após o término do prazo prescrito na Resolução CNS 466/12, explicar durante quanto tempo, e quem será o responsável pela guarda do material e local da guarda. Segundo a resolução CNS 466/12, cabe ao pesquisador manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo gravações, fichas individuais e todos os demais documentos utilizados para a coleta de dados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

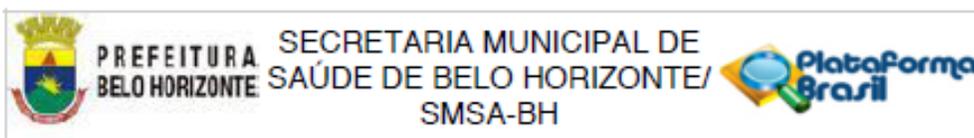
Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.847.488

acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CHAMADA_MCTI_-_PROJETO_CNPq_ - OBSERVATORIO_DE_POLITICAS_P	07/08/2014 20:45:38		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 02 de Dezembro de 2016

---

Assinado por:  
Eduardo Prates Miranda  
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 1033º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coop@pbh.gov.br

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Pesquisador:** ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38804614.8.2003.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.264.660

#### Apresentação do Projeto:

Resumo do projeto anexado à plataforma: "O objetivo deste projeto é criar um Observatório de Políticas Públicas em Saúde e em Educação em Saúde, envolvendo uma rede de pesquisadores de diversas instituições de ensino superior do Brasil, utilizando o que definimos como "análise microvetorial". A idéia geral por trás do conceito é que a produção do cuidado como um fenômeno humano privilegiado é extremamente complexa e necessita de uma abordagem que coloque em conversação os diversos olhares que a observam. Podemos compreender o estudo destes diversos olhares como uma análise de diversas dimensões ou vetores que captam aspectos singulares da produção do cuidado do ponto de vista dos atores envolvidos neste campo do agir humano. Assim, empreender uma análise vetorial é procurar captar o agir e intencionalidade destes agentes quando se movem no jogo social desta produção. Indo mais além, ao nos propormos a construir uma análise microvetorial, estamos propondo a análise destes vetores em seus efeitos micropolíticos em sentido amplo, compreendendo que todas as ações de cada ator têm repercussões nos demais atores do sistema, sejam gestores

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)8409-4592

**E-mail:** coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.254.680

do sistema de saúde, trabalhadores diretamente envolvidos no cuidado e/ou usuários.\*

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Criar um observatório multicêntrico de políticas públicas em saúde e em educação em saúde.

**Objetivo Secundário:**

Construir novas formas de avaliação de políticas em saúde concatenadas aos novos desafios da sociedade brasileira no que tange a produção do cuidado em saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios descritos no projeto: \*Riscos:

Esta pesquisa pode ter como risco a exposição dos dados dos pesquisados, a interferência do pesquisador na dinâmica do trabalho dos entrevistados e eventuais transtornos psicológicos dos entrevistados ao relatarem suas experiências profissionais.

**Benefícios:**

A proposta de criação do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde atende a necessidade brasileira de avaliação e controle dos efeitos das proposições no campo da gestão pública no âmbito do poder executivo. Além disso, pretende contribuir para a ampliação dos estudos e produção científica no campo. Nesse sentido, a pesquisa poderá apresentar os seguintes benefícios: construção de um panorama amplo de informações sobre os principais indicadores de acesso e barreira ao tratamento de pacientes relacionado às políticas a serem pesquisadas; construção de um panorama amplo de informações sobre os projetos políticos pedagógicos das política de educação em saúde e fatores relacionados a eles; contribuir para a revisão da formulação das políticas e conseqüentemente para potencialização dos efeitos propostos pelas políticas estudadas; compartilhamento e transferência de tecnologia e conhecimento, favorecendo a apropriação crítica dos participantes e consolidando práticas de cuidado, de ensino e de gestão no sistema único de saúde; ampliação do conhecimento sobre a introdução, efeitos e impacto das normativas na assistência a saúde; contribuição para construir conhecimentos sobre

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.254.660

os processos de formação permanente no campo da saúde que promovam modelagens assistenciais centradas na defesa da vida; ampliação e consolidação de parcerias com outras instituições de ensino, pesquisa e serviços direcionadas à formação e qualificação das equipes de saúde; mapeamento e análise dos determinantes sociais da saúde, das condições e das lacunas da rede de atenção; formação de redes de pesquisa e intercâmbio científico e cultural."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa pertinente para a área da saúde coletiva. Previsão de término em 29/12/2017. As solicitações do COEP foram atendidas: acrescentaram ao TCLE os riscos da pesquisa, a descrição do papel do COEP e a frase "O participante e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador". Foram anexados os roteiros semi-estruturados das entrevistas citados no projeto e detalhado no TCLE que o material produzido na pesquisa (áudio, vídeos, reproduções) serão destruídos após os cinco anos de armazenamento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram anexados os seguintes documentos à plataforma: informações básicas do projeto, parecer favorável e comunicado da aprovação pela Câmara departamental, folha de rosto assinada e datada, volume do projeto, roteiro para entrevistas, carta resposta ao COEP e TCLE revisado.

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação do projeto "CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE do (a) pesquisador(a) responsável Prof.(a) Dr (a.) ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE"

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.284.680

emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_432065.pdf	21/08/2017 18:49:49		Aceito
Outros	Roteiro_para_Entrevistas.docx	20/08/2017 17:22:21	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_RESPOSTA_AO_COEP.docx	20/08/2017 17:19:14	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2a_Revisao_Nova.docx	20/08/2017 17:06:34	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Outros	Parecer_consultado_e_carimbo.pdf	03/07/2017 11:58:07	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_Camara_DMPS.pdf	25/05/2017 16:53:44	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_medicina_ufrmg.pdf	25/05/2017 16:52:22	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CHAMADA_MCTL_-_PROJETO_GNPq_OBSERVATORIO DE POLITICAS P	07/08/2014 20:45:38		Aceito
Outros	38804614parecer.pdf	08/09/2017 10:14:47	Vivian Resende	Aceito
Outros	38804614aprovacao.pdf	08/09/2017 10:14:58	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coop@prpq.ufrmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.264.660

BELO HORIZONTE, 08 de Setembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coop@prpq.ufmg.br

## APENDICE 3 – ARTIGO PARA SUBMISSÃO NA REVISTA INTERFACE

**CARTOGRAFIA DAS MAÃES ÓRFÃS: Mapa dos ruídos percebidos durante a implementação das normativas do abrigo compulsório de bebês em Belo Horizonte.**

Gabriela Maciel dos Reis  
Mariângela Leal Cherchiglia  
Alzira de Oliveira Jorge

Este artigo objetiva cartografar os aspectos que dizem das repercussões institucionais durante a implementação das normativas do abrigo compulsório de bebês em Belo Horizonte. Utiliza a abordagem qualitativa do tipo interferência e a cartografia como referencial metodológico, traz na caixa de ferramenta conceitual o pesquisador in-mundo, o pesquisador militante, a construção conjunta e a multiplicidade das fontes que podem ser utilizadas para obtenção dos dados e que não são dadas a priori. Para a produção de dados utilizamos entrevista em profundidade, pesquisa documental e diário de campo. Encontramos pistas de diversos ruídos dentro das instituições que interferiram no cotidiano do trabalho e na produção do cuidado.

**Palavras Chave:** Serviços de Saúde Materno-Infantil. Assistência integral à saúde. Direitos sexuais e reprodutivos.

Obstetric nursing residents' perspective on the context of obstetric violence in institutions

**Abstract:** This work aims at identifying the institutional repercussions during the implementation of the rules of the compulsory shelter of infants in Belo Horizonte. A qualitative approach of the interference type and cartography as a methodological reference was adopted. It brings in the conceptual toolbox the in-world researcher, the militant researcher, the joint construction and the multiplicity of sources that can be used to obtain the data and which are not given a priori. For the production of data we used in-depth interview, documentary research and field diary. We found clues several noises within the institutions that interfered in the daily work and the production of the care.

**Keywords:** Maternal and Child Health Services. Comprehensive health care. Sexual and reproductive rights.

**Introdução:**

Esse artigo é o recorte da dissertação de mestrado intitulado “MÃES ÓRFÃS: cartografia das tensões e resistências ao abrigo compulsório de bebês em Belo Horizonte”. Nesse trabalho as forças, os ruídos e as resistências às normativas de do abrigo compulsório em Belo Horizonte. É uma pesquisa que integra a “Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”

A partir de 2014, o abrigo compulsório dos recém-nascidos de mulheres, na sua maioria negras, usuárias de drogas ou em situação de rua teve aumento expressivo nas maternidades públicas de Belo Horizonte. Essa ação foi coordenada inicialmente por promotores do Ministério Público que usaram como justificativa a afirmação de que determinadas mulheres não são capazes de prestar o cuidado e proteção aos seus filhos, além de colocá-los em situação de risco. Como estratégia elaboraram as recomendações Nº 05 e 06 de 2014 do Ministério Público de Belo Horizonte – MPMG<sup>1,2</sup>. Posteriormente, estas recomendações foram reforçadas pelo judiciário por meio da portaria Nº 3 de 2016 da 23ª Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte – VCIJCBH<sup>3</sup>.

Chamamos aqui o conjunto dessas recomendações e portarias de “Normativas do Abrigo compulsório”. Durante a implementação dessas normativas várias crianças foram separadas de suas mães, muitas vezes ainda dentro da maternidade. Houveram casos em que as crianças eram levadas para abrigo e, posteriormente, para adoção sem consulta quanto às condições de integração junto à sua família extensa. Isso acontecia à revelia da definição do Art.19 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) que versa sobre o direito de a criança ser educada junto a sua família.

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.<sup>4</sup>

Essas normativas ainda constroem o profissional e instituição hospitalar a denunciar a mulher para o judiciário. Desrespeitando o princípio da confidencialidade e prejudicando o vínculo dessa mulher com os serviços de saúde, como podemos constatar no artigo 01 de uma das referidas normativas.

Art. 1º Quanto, durante o atendimento médico hospitalar de gestante, parturiente ou puérpera, houver constatação ou ponderadas evidências de que qualquer dos genitores e/ou a criança recém-nascida se encontram em situação de grave risco, inclusive em virtude de dependência química ou de trajetória de rua, o profissional de saúde e/ou a instituição hospitalar deverão comunicar o fato ao Juízo de Direito da Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte encaminhando os documentos pertinentes.<sup>3</sup>

As mulheres atingidas por essas normativas, são majoritariamente negras e estão em situação de rua ou fazem uso de drogas.

A condição da mulher, negra, em situação de rua ou de grande vulnerabilidade social, associada ao uso de álcool e/ou outras drogas tem sido um marcador para a ação violenta e conjunta de instituições como as da Saúde, da Assistência Social e do Judiciário.<sup>5</sup>

O consumo de drogas por mulheres é uma conduta em expansão no Brasil e no mundo e o envolvimento desse público com drogas é caracterizado pela produção, comércio, consumo ou, pela própria convivência da mulher, com pessoas em meio a essa problemática<sup>6,7</sup>.

Essa condição é socialmente invisibilizada por questões de gênero que determinam papéis e condutas para mulheres, além da prática ser considerada incompatível com papéis e funções sociais e culturalmente estabelecidos para a população feminina, sobretudo no que concerne ao exercício da maternidade<sup>6,7</sup>. De fato, a maternidade e o consumo, de drogas já acarreta agravos sociais e de saúde para as mulheres, logo, a associação dessas duas condições amplia as chances da mulher se expor a vários riscos e/ou agravos, os quais afetam sua saúde e sua vida<sup>6</sup>.

Desse modo, considerando esse espaço de tensão que a implementação das normativas produziu. Logo, é necessário trazer questões como essa para os espaços acadêmicos afim de contribuir para (re)formulação das políticas voltadas às mulheres vulnerabilizadas não só no contexto de uso de drogas, ou no seu período gestacional ou puerperal, mas em toda sua trajetória de vida. Isso de forma a se garantir que as políticas sejam integrais, equânimes e universais.

Visto isso, este artigo objetiva identificar os aspectos que dizem de algumas das repercussões institucionais ocorridas entre 2014 e 2017, período de vigência das normativas do abrigamento de bebês em Belo Horizonte.

## **Metodologia**

Este estudo utiliza a abordagem qualitativa do tipo interferência, situa-se nos campos das ciências sociais e humanas da saúde, utiliza como referencial metodológico

a cartografia e traz na caixa de ferramenta conceitual<sup>[4]</sup> o pesquisador in-mundo, o pesquisador militante, a construção conjunta e a multiplicidade das fontes que podem ser utilizadas para obtenção dos dados e que não são dadas *a priori*.

Para tanto, nos inspiramos no percurso adotado por Bertussi<sup>8</sup> em sua tese, por se tratar de cartografia essa travessia não se orienta por uma linearidade.

A ideia de desenvolver a cartografia se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não busquei estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A construção do trabalho procurou estabelecer algumas pistas para descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a minha experiência.<sup>8</sup>

Este é um estudo qualitativo. Para Ferigato e Carvalho<sup>9</sup> a pesquisa qualitativa se firma a partir do contexto situacional, da localização e implicação do observador em relação ao objeto e seu entorno. Por isso parto das minhas implicações pessoais.

A “Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde” contempla vários Observatórios do país e as pesquisas conduzidas utilizam de percursos metodológicos que atravessam o modo hegemônico de produzir ciência, além disso cruzam os achados com abordagens clássicas de pesquisa para compor um feixe multidimensional de análise<sup>10</sup>.

Assim, coloca em análise os movimentos ocorridos antes, durante e depois da formulação da política; os efeitos da Lei nos atores envolvidos com a produção e implementação da Lei, os impactos da Lei nos indicadores epidemiológicos; os efeitos da Lei na produção cotidiana do cuidado e, em destaque, na trajetória de vida do usuário final do sistema que, em princípio, deveria auferir os benefícios diretos do que estava sendo proposto.<sup>11</sup>

Percorremos esse caminho a partir da abordagem qualitativa porque ela permite “levar em conta a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida”.<sup>9</sup>

Minayo<sup>12,13</sup> afirma que a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, além de tratar sua intensidade e singularidade.

---

<sup>4</sup>Referência ao termo utilizado por Laura Camargo Macruz Feuerwerker Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.<sup>12</sup>

Desse modo, em uma tentativa de construirmos um caminho para produção do exercício metodológico nos identificamos e elegemos a cartografia, inspirada na esquizoanálise de Deleuze e Guattari<sup>14</sup> como método de análise.

Para Feuerwerker<sup>15</sup> o trabalho cartográfico busca produzir visibilidade às expressões de ações e manifestações da subjetividade interrogada.

trago de novo para a cena a produção de Deleuze e Guattari e a perspectiva da cartografia como possibilidade de aproximação analítica aos espaços concretos de produção. Isso se faz a partir de um trabalho cartógrafo, que busca produzir mapas, busca seguir as linhas e as conexões, para permitir ampliar a visibilização dos territórios existentes, procurando ao mesmo tempo escapar deles. Os mapas que o cartógrafo rabisca nesse caso pretendem produzir visibilidade às expressões de ações e manifestações da subjetividade interrogada.<sup>15</sup>

Na caixa de ferramenta conceitual trazemos também outros conceitos - ferramentas que utilizo, quais sejam, o pesquisador in-mundo, como postura e o pesquisador militante, como identificação.

Como propõe Abrahão et al<sup>16</sup> essa pesquisa não se revela apenas na descrição dos acontecimentos, mas constrói debates e promove concretudes e outras formas de dizibilidades do acontecimento.

O conceito de pesquisador in-mundo foi utilizado pela primeira vez por Ricardo Moebus, para designar a implicação do pesquisador com o objeto. Parte da ideia de que o pesquisado e o objeto são mutuamente constituídos e intrinsecamente implicados e não se diferenciam na construção do fazer investigativo<sup>17,18,19</sup>

O pesquisador produz ação política e contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos<sup>7</sup>:

Nesta perspectiva, o pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa

contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. Como conector e na busca pelo incremento do coeficiente de transversalidade, ele é atravessado.<sup>17</sup>

Pesquisador, pesquisado e objeto emergem em um campo de forças que os posiciona tensionalmente em processos de coprodução mútua e simultânea, na tessitura de fios a compor uma teia que os sustenta, em um horizonte de significação possível.<sup>18</sup>

Merhy<sup>20</sup> em uma reflexão do conhecer militante do sujeito implicado apresenta que não é possível pensar o sujeito em ação sem sua implicação. O autor referencia Carlos Matus que afirma que “a própria situação é o modo como o sujeito recorta interessadamente a realidade, na qual se significa e sob a qual se debruça com a sua ação e saberes, e a partir da qual não pode “enxergar” um hipotético real como totalidade.”<sup>20</sup>

Como parte da produção de dados, nos utilizamos de entrevistas em profundidade com sujeitos envolvidos na elaboração, implementação, institucionalização e resistência às normativas do abrigamento compulsório. Foi considerado também como fontes de dados para este trabalho o acesso a documentos públicos, relatórios técnicos, atas de reuniões, transcrições das audiências públicas e ofícios cujo tema eram as normativas sobre o abrigamento compulsório dos filhos das denominadas mães órfãs e ainda as discussões realizadas dentro do Observatório. Além disso, constituíram-se em material analítico a participação da pesquisadora em espaços de discussão da temática como seminários, audiências e atos públicos e suas percepções e reflexões captadas a partir da sua vivência e atuação registrada por meio do seu diário de campo.

A pesquisa foi conduzida na Região Metropolitana de Belo Horizonte de forma conjunta com os vários atores implicados, em especial na cidade de Belo Horizonte porque foi nesse município que oficializou e instituiu com essas normativas o abrigamento compulsório para esse público.

Foram entrevistados dezenove atores implicados com a temática, no escopo dos entrevistados estão gestores e trabalhadores da saúde e da assistência social, agentes do direito, pesquisadores, militantes sociais, representantes de conselhos de usuários, conselheiros de categorias profissionais, conselheiros tutelares, Membros da Defensoria

Pública Estadual, membros da Clínica de Direitos Humanos da UFMG e representantes dos movimentos feministas. Vale ressaltar que apenas tivemos recusa de realizar entrevista com representantes do Ministério Público Estadual e com o juiz que editou a portaria. Foram várias as tentativas tendo sido ofertada a possibilidade de realização da entrevista presencial ou por e-mail. Mas não obtivemos sucesso.

As entrevistas foram feitas entre agosto de 2017 a novembro de 2018 e foram guiadas por, pelo menos, dois pesquisadores do Observatório de Políticas e Cuidado da UFMG.

Conforme resolução do CNS nº466 de 2012, os atores que participaram do estudo, foram informados dos objetivos da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foi garantido o anonimato no trato dos dados obtidos, a ausência de ônus, o direito de solicitar elucidação em qualquer fase da pesquisa e de proibir a utilização de seus relatos sem que isso lhes cause danos ou prejuízo conforme resolução do CNS nº466 de 2012.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa Nacional, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais. Nos seguintes pareceres: i) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): Nº 1.756.736 ii) Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Nº 1.847.486, iii) Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais: Nº 2.264.660.

## **Resultados e Discussão**

No ano da institucionalização das recomendações 05 e 06/2014 do Ministério Público - recomendações que pegaram surpresa boa parte dos trabalhadores e gestores da rede SUS- houve mais abrigamentos de crianças que nos anos seguintes. Podemos melhor visualizar isso ao observarmos esse quadro que apresenta a estimativa de crianças menores de um ano de idade encaminhadas para abrigos em Belo Horizonte depois das normativas do abrigamento compulsório.

Quadro 1- Número de crianças acolhidas em Belo Horizonte, até um ano de idade, desde 2014.

<b>ANO</b>	<b>Conselho Nacional da Justiça</b>	<b>Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social</b>
2014	174	74
2015	115	128
2016	100	118
2017	39	23
<b>TOTAL</b>	<b>428</b>	<b>343</b>

FONTE: MACIEL, 2017

É importante pontuar que, no quadro, não estão todos os abrigamentos de 2017. Mas mesmo assim, houve uma retração no número de crianças abrigadas. Encontramos algumas pistas que podem justificar isso: 1) neste ano de 2017 acontece a suspensão da portaria 03/2016 da VCIJCBH<sup>3</sup>; 2) Diversas tensões geradas durante a vigência das normativas (entre 2014 e 2017); 3) e também nesse ano já se havia constituído uma rede de resistência às normativas que por um lado reorganiza a rede e 4) também a partir do engajamento de determinados trabalhadores se conformava uma rede viva para proteção do direito da mulher a maternidade e do direito da criança ficar com sua mãe ou família extensa 5) ou até como encontramos em registro documental, em função da maior sensibilidade do judiciário.

contudo, não ser possível assegurar que a queda desse quantitativo foi uma consequência direta e/ou imediata da revogação da instrução judicial. Informou que, atualmente, a Vara Cível da Infância e da Juventude tem demonstrado maior sensibilidade na avaliação dos casos concretos, inclusive no que se refere à oitiva dos pais e da família extensa.<sup>4</sup>

Entre 2014 a 2017, período de vigência das normativas houveram muitos ruídos nos serviços e sociedade que perpassam os jogos de forças e a resistência.

De início, houveram muitos questionamentos quanto a maneira como foi construído as normativas. Não houve pactuação com as diversas expressões da Saúde

e com o conjunto da sociedade para se implantar as normativas. O fato de não ter havido participação de expressão significativa da saúde nessa construção, além do fato de não ter ouvido as mulheres que seriam alvo da normativa, repercutiu em vários serviços, mas em alguns que já compactuavam com as ideias defendidas pelas normativas não houve muito estranhamento, como se vê adiante:

Não foi uma surpresa quando veio a orientação, a determinação da portaria. Mas não foi uma construção e nem permitiu uma transição, nem permitiu uma aferição, se já havia condições de começar a funcionar no sentido amplo da rede. No sentido do salve-se quem puder, ou seja, eu vou fazer a minha parte, ok! O grupo aqui no hospital estava pronto para começar, mas o grupo do hospital também sabia que a rede não estava pronta para sustentar” (GESTÃO SUS 03)

Assim, quando se instituíram as recomendações 05/2014 e 06/2014 houve muitas reações e resistências. A revelia disso, em 2016 se instituiu a portaria 03/2016, que causou muita estranheza, como se vê no relato que se seguem:

assim, foi com grande constrangimento, com grande surpresa, porque já tinha uma discussão que vinha se cravando desde 2014, de repente aparece a portaria de uma forma meio extemporânea, confusa e contrariando um amadurecimento que as instituições já haviam construindo, haviam consolidado de como tratar essa questão das famílias vulneráveis, né. (GESTÃO SUS 02)

Além do mais, a rede de saúde já tinha um acúmulo, e o que as normativas propunham iam de encontro das concepções do SUS e de alguns acúmulos da rede de saúde mental como o antibioibicionismo.

Afora isso, outro ruído percebido é a polarização entre o binômio de proteção, Mãe ou criança, abrindo espaço para judicialização. Souza, et al<sup>21</sup> apontam: um discurso aparece polarizado entre o binômio de proteção, ora destinado para a mãe, ora destinado para o bebê.

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

existências.<sup>21</sup>

Ainda, outro ponto é que causou repercussão negativa foi o fato de o judiciário definir o agir dos trabalhadores de saúde. Se por um lado essa recomendação individualiza a responsabilidade do cuidado, ainda obriga os profissionais e os gestores a ferir sua ética profissional, por outro também fere diretamente os princípios do SUS.

Eu acredito que uma eventual portaria da vara de infância e da juventude não pode definir qual deve ser a postura do profissional de saúde, pois esta é uma atribuição do setor de saúde, não de uma portaria da justiça. (CONTROLE SOCIAL 01)

Entretanto, eu julgo que o ponto central da portaria 3 é o artigo primeiro, que fala de qual deve ser a atuação dos profissionais das maternidades. Neste sentido acaba legislando, regulamentando, questões específicas do SUS BH. O SUS BH que deveria normatizar como os profissionais de saúde deveriam agir dentro das maternidades. (CONTROLE SOCIAL 01)

Em nota técnica o Ministério da Saúde foi enfático ao dizer que é preciso garantir que o direito das mulheres de decidirem ficar ou não com as crianças. Nesse contexto, cabe aos profissionais de saúde não as julgar e também considerar que nesse momento crítico da vida da mulher, que é o puerpério, elas precisam de muito apoio necessário para suas escolhas<sup>22</sup>. (BRASIL, 2015).

Um ruído que foi unânime entre as instituições, e também, no conjunto de atores envolvidos - os resistentes e os rendidos - foi o fato das normativas constranger os profissionais de saúde a segui-la, criminalizando os atores que resistiam ou por algum motivo não cumpriam o prazo.

Nas conversas da gente com outros serviços de saúde, outras maternidades, o que a gente viu foi um receio muito grande dos profissionais, porque a portaria, ela põe uma possibilidade de responsabilização criminal individual do profissional (GESTÃO SUS 01).

a portaria vem tanto na criminalização da pobreza quanto na criminalização dos profissionais, a gente tem vivido um momento profissionais do município de Belo Horizonte em que tiveram uma avaliação técnica de que a família poderia ficar com a guarda ou que é família extensa poderia ficar com a guarda, depois o judiciário entrou com uma ação contra, criminalizando estes profissionais, uma ação criminal. (GESTÃO DISPOSITIVO DO SUS 03)

Os nossos assistentes sociais se sentiram muito ameaçados, muito intimidados

pelo MP. Porque aqui, a de 2016 foi o judiciário, né... então eles se sentiram muito ameaçados pelo MP principalmente com relação à obediência das 48 horas em que eles deveriam encaminhar para a vara os casos das mães que fossem, ou que estivessem... manifestado interesse em doar seus filhos ou das mães que fossem usuárias de drogas. (GESTÃO SUS 02)

Em função da posição do CMS, por uma iniciativa de três promotores do MP da Infância e da Juventude, foi aberto um inquérito criminal dois conselheiros municipais de saúde., por causa da posição do CMS. Este inquérito diz que violamos um artigo do ECA, na medida que o CMS deliberou em plenário que a SMSA não acatasse a Portaria 3, assim como havia deliberado que não acatassem as recomendações 5 e 6 do MP, que nós estaríamos impedindo a vara, a justiça, o MP, de executar a sua função de proteção do direito destas crianças (...) Isto me parece uma clara posição política por parte do judiciário. De perseguir um dos atores da sociedade civil que vem discutindo esta situação, e que neste momento não concorda com a posição do MP e da Vara da Infância e Juventude, entretanto isto faz parte da democracia, faz parte a discussão democrática, e estamos tendo nosso direito de discutir e se posicionar violado por um inquérito criminal injustamente aberto. (CONTROLE SOCIAL 01)

A narrativa construída para justificar essa penalização passava por colocar as crianças em risco. Ou seja, quando o profissional não fazia a notificação dos casos, ele estaria contribuindo para a exposição da criança a situação de risco. E era responsabilizado por isso. Ademais, identificamos que qualquer indivíduo que se posicionasse contra as normativas poderia ser chamado a responder em juízo, como se vê adiante.

A justiça da infância inclusive me acusou de que eu estava querendo subtrair da competência do papel do judiciário a autoridade de defender as crianças, então é assim, um paternalismo do estatuto da criança e do adolescente não permite isso é uma visão minorista o antigo código. (AGENTE DO DIREITO)

De fato, isso se dava de maneira coercitiva, como podemos constatar no trecho de um ofício direcionado ao diretor de uma maternidade e assinado pela 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Belo Horizonte. Nele elas cobram a execução de uma das normativas

A despeito disso [se referem as recomendações] O Ministério Público tem percebido a redução do número de acolhimento institucional pós altos de bebês cujas genitoras são usuárias de drogas e o aumento significativo de internações hospitalares de recém-nascidos em estado grave, que foram entregues aos pais dependentes químicos e negligentes. Salienta-se que já foram identificados casos em que as crianças foram negligenciadas pelos genitores, usuários de drogas e vieram a óbito em decorrência da debilidade em que seu estado de

saúde se encontrava.<sup>23</sup>

Esse ofício junto com as reflexões dos entrevistados por esse estudo, levantam pistas de que havia um certo engajamento da promotoria nessa tática de criminalizar qualquer resistência às normativas.

Na época a [faz referência a um ator chave] ela rastreava os casos, né. Então, por exemplo, eu fui chamada lá porque casos que a gente tinha dado alta, ela rastreou e verificou que o menino foi internado três meses depois no CGP com impetigo. E ela associava que o impetigo era falta de higiene vinculada à falta de cuidado da mãe, então eu fui lá responder alguns casos mais ou menos dessa dinâmica (GESTÃO SUS 01)

Se essas recomendações não forem cumpridas existe a possibilidade de sanções, abrir inquérito civil-público, ne, contra Conselhos Tutelares X ou Y, de uma maneira sensível. Então na realidade a orientação ficou clara, pela 23ª Promotoria da Vara da Infância, é, da Infância e da Juventude, 23ª Promotoria da Infância e Juventude, que os conselhos tutelares tinham que encaminhar, tinham que recepcionar, aplicar e executar as recomendações, e inclusive a portaria do judiciário. Porque se não posteriormente poderia ter, é, representações, ou descumprimento, essas coisas assim ne. (CONTROLE SOCIAL 04)

Dessa maneira, dado o tom, não há dúvida que quem resistisse a portaria iria responder criminalmente, havia a obrigatoriedade da notificação em até 48 horas. E isso repercutiu em mais pressão sobre os profissionais.

uma dificuldade em cumprir esse prazo e ficar exposto do ponto de vista profissional. Essa foi tudo que percebi quando conversei tanto com o gerente da maternidade, quanto com as assistentes sociais aqui do hospital. Muitas vezes, elas sentem que poderiam conseguir fazer a pesquisa da família extensa, mas que, é, em virtude do rigor do prazo elas acabam tendo que comunicar, o que não impede para o trabalho da pesquisa da família extensa e de outras formas de garantir para a criança uma segurança, mas que por conta de uma rede que apresenta várias lacunas acaba tendo desfechos ruins do ponto de vista de abrigamento e essas coisas". (GESTÃO SUS 03)

Assim, 48 horas para se dar uma resposta da maternidade - o ponto de assistência onde se tem menor vínculo com o território e com os usuários- é impraticável. Os profissionais eram constrangidos a construírem um parecer em tempo recorde, exatamente no ponto da assistência mais difícil de se construir isso - uma vez que só cabe as maternidades um acompanhamento pontual na trajetória de vida da mulher e a desautoriza a ordenar toda a complexidade do cuidado da saúde da família.

E como a gente não conseguiu cumprir o prazo e a orientação institucional não era de encaminhar as crianças, isso gerou um clima de muita insegurança de muita incerteza, de muito medo com relação aos desfechos legais sobre os profissionais e sobre a direção da instituição (GESTÃO SUS 02)

Nos casos em que as crianças ficavam internadas para se esperar a decisão judicial identificamos dois tipos de ruídos. 1) Apareceu uma preocupação por parte das maternidades em desocupar rapidamente o leito quando se ficava aguardando decisão judicial, e 2) apareceu também um forte questionamento da exposição que essa criança saudável estava sendo colocada ao ser mantida nesse espaço sem indicação clínica para isso.

Então, para o, para a instituição hospitalar o abrigo é uma solução entre aspas no sentido da liberação do leito porque uma criança aqui esperando a vara por cinco seis dias, são cinco, quatro mães, outras mães que deixaram de ser atendidas né. Então, pro, o abrigamento foi uma solução talvez pra, pro gerenciamento de leito da maternidade, mas não foi a solução para as famílias, com certeza. (TRABALHADORA DA SAÚDE 01)

O que também emergiu após a institucionalização das normativas foram as linhas de desvio criada por algumas mulheres - que aqui tratamos como ruído mas também reconhecemos como forma de resistência. As mulheres que sabiam dos desdobramentos das normativas criaram mecanismos para fugir dessa trama.

Sobre isso, em uma audiência realizada na Câmara Municipal de Belo Horizonte em 2015, foi problematizado essa questão, que temendo perder seus filhos, algumas mulheres estavam evitando o atendimento nas unidades públicas de saúde. Além de acumularem contra as normativas, apontaram que é necessário oferecer apoio institucional qualquer mulher que deseja criar seus filhos<sup>24</sup>.

Abaixo, as falas que remetem a essas linhas de desvio e também a preocupação de alguns trabalhadores da saúde frente a isso:

Então, tem mães que a gente perdeu aqui por evasão, que eu tenho certeza que a vulnerabilidade delas aí fora é gigante. E a capacidade de elas sobreviverem nessas circunstâncias é muito pequena, né. Então, são situações que às vezes você fica num dilema terrível, né. Mas, a gente tem esse compromisso de comunicar no limite à vara. Quando a gente acha realmente que o menor dano será esse. É muito difícil (GESTÃO SUS 01)

é uma ameaça ao seu funcionamento Pleno em atendimento a ética profissional, a vinculação, compromete a vinculação dos usuários com o serviço porque ele

perde somente a credibilidade. já está impactando em Mulheres que não querem fazer o pré-natal, mulheres que não querem ir ao serviço de saúde, não querem ganhar o bebê no hospital. Bebês que foram levados do hospital escondido, mulheres indo embora de Belo Horizonte para ganhar neném. Um descrédito total com a atenção básica e os hospitais. os hospitais hoje na visão destas mulheres...(GESTÃO DISPOSITIVO DO SUS 01)

Nesse sentido, Lansky (2018) problematiza isso, ao relembrar a história de construção do SUS de Belo Horizonte, referenciado em uma cultura do direito e da ética em saúde e ver esse retrocesso é lamentável. E ainda argumenta que as mulheres ao terem que fugir da assistência, revelam que na instituição está instaurada a insegurança.

No lugar do estabelecimento de empatia para o cuidado, demos espaço para se instaurar a desconfiança, o medo da denúncia ou delação como colocam as mulheres. Elas evitam o pré-natal, o parto, saem fugidias das maternidades com seus bebês, ou chamam a polícia para saírem dos hospitais, como relatos recentes ocorridos recentemente em maternidades de referência na cidade. (LANSKY, 2018, p.204)

Outro ruído percebido foi em relação a especificidades dos abrigos. a) Os atores pesquisados questionam a dificuldade relatada por algumas mulheres em estar com seus filhos quando eles são institucionalizados, b) Alguns abrigos desvinculam as crianças da rede SUS. c) Além disso, há um questionamento da intencionalidade dos abrigamentos em relação a adoção.

Sobre as dificuldades encontradas pelas mães trazemos os seguintes trechos:

aí eu falei das Mães né?! da separação do bebê do aleitamento como interfere no aleitamento, então a gente tem a tendo que fazer uma pressão também nos abrigos de porque eles impõem regras que dificultam o vínculo mãe e filho e a convivência de mãe e filho. (GESTÃO DISPOSITIVO DO SUS 01)

Como funciona o abrigo. Ou seja, estes amigos funcionam com as próprias regras, e a gente vê que no final atendem o interesse d não promover o vínculo mãe e filho, para ao contrário promover o distanciamento entre mãe e filho o mais rápido possível. para elas perderem o aleitamento, porque essas mães perdem o aleitamento. Por que qual é a intenção? adotar?! como os Defensores têm colocado, já quantificaram, 60%, são 359 bebês (GESTÃO DISPOSITIVO DO SUS 01)

O outro aspecto é que alguns abrigos desvinculam as crianças da rede SUS.

Reclamam da Atenção Básica e Vinculam as crianças a ambulatórios ou a médicos voluntários. Está aqui configurado um novo problema, uma vez que se retira mais esse direito da criança de acompanhamento integral a sua saúde e ainda, com a ausência dessa política pública no cotidiano dessa criança, diminui um espaço de controle social desses abrigos, pelo menos no que diz respeito a saúde dessa criança. Essa desvinculação do SUS é questionado no trecho a seguir:

eles reclamam também, de uma forma quase que histérica “que o Centro de Saúde não presta, que eu não consigo nada do Centro de Saúde”, porque eles querem ter os seus serviços próprios. Então, eles têm lá médicos voluntários, que muitas vezes são da nossa rede, que vão lá pra atender as crianças no sábado, fazendo caridade. E essa caridade permite com que eles então prescrevam, e falam, e resolvam os problemas, mas essa criança não passa pela rede, a criança fica à margem das políticas, porque cai no esquecimento, a criança nem vai no Centro de Saúde, o Centro de Saúde não se envolve com o caso. (GESTÃO DISPOSITIVO DO SUS 02)

Para verificar alguns aspectos como esse a Comissão Extraordinária de Mulheres da ALMG visitou dia 25 de agosto de 2018 duas instituições de acolhimento do Município de BH, e algumas percepções da minuta de relatório é importante destacar.

O Coordenador Municipal “Central de Vagas/Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes da Gerência de Gestão de Serviços de Alta Complexidade” informou que em Belo Horizonte existem 47 unidades de acolhimento com 683 vagas no total e que naquele momento haviam 124 disponíveis na rede de acolhimento. Todos os equipamentos funcionam por meio de convênio formalizados com entidades da sociedade civil. Informou ainda que para além desses abrigos o município conta com equipamentos de Acolhimento Institucional específico para famílias, como “Acolhimento Institucional Para Famílias Granja de Freitas” e o “Abrigo Pompéia”. A “Casa Colmeia” que acolhe mães adolescentes e seus filhos. Ainda existe o programa Bolsa Moradia, voltado para o público vulnerabilidade que por algum motivo encontram-se sem casa)<sup>26</sup>.

Em uma das instituições visitadas pela comissão de mulheres da ALMG, o gestor afirma que a instituição foi especialmente preparada para receber as mães, usuárias de drogas, e seus filhos recém-nascidos. E as mães podem permanecer na casa de 09 as 17 horas. E que nessa unidade há um esforço da equipe técnica para preservação e

fortalecimento dos vínculos familiares.<sup>26</sup>

### **Considerações Finais**

O estudo apontou que foram várias as repercussões da aplicação das normativas. Entre 2014 a 2017 foram abrigadas entre 343 a 428 crianças, sendo que, no ano de 2014, tivemos mais abrigamentos e no ano de 2017 menos. Encontramos pistas que isso foi motivado pela resistência construída às normativas e pela reestruturação da rede. Acreditamos ainda que a portaria foi imposta e isso repercutiu em maior abrigamento no primeiro ano; houve constrangimento dos trabalhadores e gestores de instituição que se negavam a seguir as normativas, e em função disso por parte dos profissionais havia muita ansiedade para cumprir o prazo da portaria.

Fugindo das normativas algumas mulheres traçaram linhas de desvio, como não parir no hospital, ir para outra cidade ou evadir das instituições. Em relação aos abrigos encontramos algumas pistas que contrariam o funcionamento desejável, a principal delas é que, em alguns momentos, se dificultava a visita da mãe ou família extensa a criança. Outro aspecto é a não vinculação das crianças na Rede SUS.

Sobre os abrigos, ainda temos que nos perguntar, enquanto sociedade e enquanto cidadãos que teriam o direito de deliberar sobre a coisa pública, porque direcionamos uma grande quantidade de recurso para uma instituição acolher uma criança que está em situação de extrema pobreza, quando essa mesma quantidade de recurso tiraria essa criança e sua família dessa condição de miséria. Quais agenciamentos temos aqui?

Reconhecemos a necessidade de melhor explorar a complexidade de cada ponto de tensão.

Precisamos também entender esse momento de tanta hegemonia no judiciário no Brasil. Na saúde já experienciamos isso nos processos conhecidos como “judicialização da saúde” onde o judiciário à sua maneira impõe ao poder executivo um direcionamento da execução dos seus recursos. No caso do abrigamento compulsório de bebês vemos muito o judiciário definindo o agir em saúde e entrando dentro da vida dessas mulheres e crianças e judicializando suas vidas. Tem sido comum vermos o judiciário extrapolar o

seu poder e com isso ele inaugura todo dia uma nova modalidade de arbitrariedade.

## REFERÊNCIAS

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

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

3 Minas Gerais. Advocacia – Geral do Estado Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado de Saúde. Resolução conjunta ses-mg/sedpac-mg/sedese-mg nº 206, de 18 de novembro de 2016 Belo Hozionte, 2016.

4 Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União, de 16 de julho 1990 – ECA. Brasília, DF, 1990.

5 Siqueira, PM et al. Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim... Revista Saúde em Rede. 2018; 4(Supl.1), p 51-60. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

6 Oliveira DS. Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 137f. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador: 2016.

7 Rodrigues AS et al. Care for women involved with drugs: social. Representations of nurses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):65-72. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

8 Bertussi DC, Baduy, RS, Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. (Orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016 p.48-61. (Políticas e cuidado em Saúde- Livro 1)

9 FERIGATO SH, CARVALHO SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

10 Jorge AO, Merhy EE, Pontes MP. Introduzindo a pesquisa: uma trajetória de encontros. *Saúde em Redes*. 2018; 4(Supl.1):9-26. Doi: <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n1suplem.911g268>

11 Merhy EE. Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. (Projeto de Pesquisa). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.

12 Minayo MCS. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

13 Minayo MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017

14 Deleuze G; Guattari F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: 34, 1995. (Coleção Trans, v.1)

15 Feuerwerker, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, Dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 11 Fev. 2019

16 Abrahão AL et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes MPC, Merhy EE. (orgs) *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, p. 155-170.

17 Abrahão, AL et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes, MPC; Merthy, EE. *Pesquisadores in-mundo: um estudo da produção do acesso e da barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Reunina, 2014, p. 155-170. (Coleção do Trabalho e Cuidado em Saúde)

18 Souza SRL; FRANCISCO AL. *O Método da Cartografia em Pesquisa Qualitativa: Estabelecendo Princípios... Desenhando Caminhos...Atas CIAIQ2016. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2*. Brasília, 2016.

#### **19 CERQUEIRA, MERHY EE.**

20 Merhy, EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. 1ed.São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45

21 Souza CMB et al. Mães órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade. *Revista Saúde em Rede*. 2018; 4(Supl.1), p. 27-36. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/issue/view/issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

22 Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Brasília, 2013. Disponível: <>. Acesso em: 01. Dez. 2018.

23 Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Ofício nº 1314/2014. Belo Horizonte, 26 de dezembro de 2014. Disponível em: <<https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/notificacao-smsa-2014.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

24 Belo Horizonte. CMDCA. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Deliberação nº 111/2015. Diário oficial do município, 21 de fevereiro de 2015. Belo Horizonte, 21. Fev. 2015. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1137498>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

25 Lansky S. De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. *Revista Saúde em Rede*. 2018; 4(Supl.1), p. 190-208. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/issue/view/issue/V.%204%2C%20Suplemento%201/46>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

26 Minas Gerais. Comissão Extraordinária de Mulheres. Relatório de Visitas. Belo Horizonte, 25 jun. 2018.