

## ARTIGO ORIGINAL

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

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

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

**Márcio Mariath Belloc**

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

**Károl Veiga Cabral**

Doutora em Antropologia. membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.  
E-mail: [karolveigacabral@gmail.com](mailto:karolveigacabral@gmail.com)

**Carmen Silveira de Oliveira**

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

**Resumo**

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

**Palavras-chave:** Maternidade; Drogas; Direitos humanos.

**Resumen**

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

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

**Palabras clave:** Maternidad; Drogas; Derechos humanos.

### Abstract

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

**Keywords:** Maternity; Drugs; Human rights.

### A intersecção entre os territórios georeferenciados, temáticos e existenciais

Na sua terceira edição em Porto Alegre, o Projeto Redes focalizou a articulação das redes e o acompanhamento de mulheres em situação de violências e vulnerabilidades, de forma a garantir o acesso de qualidade e continuado, a construção de cidadania e o empoderamento feminino. A equipe local do Projeto era formada por nove profissionais<sup>1</sup>.

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

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

A escuta permanente dos coletivos de

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

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

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

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

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

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

### **Cartografando os itinerários de Maria(s)<sup>ii</sup>**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Fracasso dos protocolos ou protocolo do fracasso?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enquanto isto, ficaram impedidos de conhecer Rita, mesmo sem a restrição manifesta do juiz, uma vez que, pelo contrário, isto seria um direito dos pais. O impedimento é dado pela psicóloga do serviço de acolhimento institucional para onde Rita foi levada, com a “justificativa técnica” de que “para a criança seria melhor não criar vínculo”. Mas, desde o século XIX, os especialistas não têm ressaltado que para o cuidado em saúde da criança se faz necessário criar e fortalecer vínculos, especialmente com a mãe? O que justificaria, portanto, esta medida restritiva? Além disto, como a psicóloga podia desconsiderar que o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>3</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

moral sobre as impossibilidades pressupostas de maternagem. E, mais estranho ainda, é que enquanto o uso de drogas dessa gestante/mãe era um forte argumento para a separação do bebê, não havia qualquer atendimento na maternidade ou encaminhamento posterior para seu cuidado na rede de saúde, corroborando dados da pesquisa efetuada por Marques em 2015<sup>4</sup> sobre a inexistência de serviços específicos voltados para o atendimento às puérperas usuárias de drogas.

Por sua vez, a análise dos processos judiciais de destituição do poder familiar no Rio Grande do Sul de 2011 a 2017<sup>5</sup> sinalizou convergências quanto aos *protocolos do fracasso*, evidenciadas nos argumentos mais frequentes no Tribunal de Justiça do RS: a) a não realização de exames pré-natais, desconsiderando que a oferta e o acesso são reconhecidamente insuficientes, principalmente às famílias em maior vulnerabilidade e que acabam sendo objeto das destituições; b) a falta de adesão ao tratamento da dependência química que, além de culpabilizar os usuários pela falta de oferta e acesso, ainda aponta para a lógica monocrática da abstinência das drogas; c) a situação anterior de destituição do poder familiar, que impõe uma lógica moral de causa e efeito e acaba produzindo a necessidade, como uma das histórias aqui apresentadas, de produção sequencial de tentativas de maternidade; d) a situação de rua que, em casos como os de João e Maria, culpabilizam os próprios cidadãos pela falta ou insuficiência de políticas públicas em todos os âmbitos (assistência social, habitação,



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

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

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

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

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

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

Como se não bastassem todas essas lacunas nos processos judiciais, também as encontramos na própria rede de proteção. As mulheres em situação de rua se defrontam com inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos: ausências de informação, de documentação, de endereço convencional etc. Ao mesmo tempo, não há fluxos definidos para a “entrega protegida”, quando os genitores referem o desejo de não permanecer com a criança, muito embora tal situação esteja prevista no ECA, no Marco Legal da Primeira Infância<sup>6</sup> e no Provimento da Corregedoria Geral da Justiça 48/2015, artigo 2º.

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

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

### O sofrimento psíquico na desmaternização

Frente a todas estas lacunas e violações de direitos que as mulheres vivenciam nos processos de *desmaternização*, chamamos a atenção para o sofrimento psíquico daí decorrente, como no caso da acentuada angústia de separação ou de desrealização diante da experiência dos bebês sem rosto ou mesmo das citadas fantasias sobre os “bebês-monstros”. Tais vivências diminuem as possibilidades de elaboração do luto pela criança que foi desejada e lhe foi compulsoriamente retirada, ficando a experiência de roubo, de sequestro, de desaparecimento de seu filho, junto à vivência de uma culpa a ela imposta. E como consequência dessa falta de luto, o vazio do bebê roubado a ser preenchido por outro bebê, numa espiral de produção de gravidezes de repetição e sua desmaternização, muitas vezes com um próximo pré-natal e parto sem acompanhamento da rede de saúde e assistência, como forma radical e desesperada de constituição da maternidade. A identificação deste analisador, inclusive, amplia a versão apresentada por Almeida e Quadros<sup>7</sup> em 2016 sobre o fato de que, muitas vezes, tais mulheres

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

Nesse processo de *desmaternização* parte-se do pressuposto de que as genitoras usuárias de drogas são incapazes de proteger seus filhos, conduzida por um julgamento moral presente em vários seguimentos das redes de cuidado e proteção, por fugir dos estereótipos de “boa mulher” e “família estruturada”. Contudo, um estudo de meta-análise estadunidense em 2010, coordenado por Milligan,<sup>8</sup> apresentou dados consistentes de que tratamentos para uso de substâncias que incluem programas relacionados ao papel de ser mãe resultam na redução do consumo de drogas pelas mulheres usuárias. Além disto, uma pesquisa de Limberger, Schneider e Andretta<sup>9</sup> realizada em 2015, no Rio Grande do Sul com mulheres usuárias de crack apontou que 33% das entrevistadas sinalizaram os filhos como motivação para a busca do tratamento. Portanto, ao contrário das suposições das equipes e do senso comum, a maternidade é fator de proteção para a gestante usuária de drogas. Já as ameaças de perda da custódia dos filhos contribuem para o enfraquecimento da relação médico-paciente e para a redução de adesão ao pré-natal e do seguimento do cuidado em saúde mental.

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

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

### Considerações Finais

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

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

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

Algumas medidas específicas são recomendadas: desenvolver programas de

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

### Notas

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

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

<sup>iii</sup> Cf. [https://youtu.be/zi\\_WUhhNRel](https://youtu.be/zi_WUhhNRel)

### Referências

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

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

<sup>3</sup>Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. [Internet] 1990 [citado 21 ago 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm).

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

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

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

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

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

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