

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL

**HISTÓRIAS NÃO CONTADAS: ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE RECÉM-
NASCIDOS DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS**

VITÓRIA

2018

GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL

**HISTÓRIAS NÃO CONTADAS: ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE RECÉM-
NASCIDOS DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Garcia.

VITÓRIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Eugênia Magna Broseguini Keys, Bibliotecária, CRB6/MG no. 408-ES)

Rangel, Gediane Laurett Neves, 1979-

R196h Histórias não contadas: acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas/ Gediane Laurett Neves Rangel – Vitória, 2018.

194 f.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Acolhimento institucional. 2. Maternidade. 3. Crack. I. Garcia, Maria Lúcia Teixeira. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 36

GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL

Histórias não Contadas:

Acolhimento Institucional de Recém-Nascidos de Mulheres Usuárias de Drogas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Comissão Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Garcia

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Luciana Boiteux - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof.^a Dr.^a Fabíola Xavier Leal – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Cunha Gomes – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

VITÓRIA

2018

AGRADECIMENTOS

Ao Deus da minha vida, que me sustentou neste percurso e cuidou da minha família para que eu pudesse me dedicar a este projeto;

À minha mãe, Cenia, que não mediu esforços para me ajudar a tornar este sonho possível;

Ao meu marido, Elbert, e aos meus filhos, Elisa e Isaque, por compreenderem (mais ou menos) minhas ausências;

À minha irmã Gesy, companheira e amiga nesta trajetória e por toda vida;

À querida Prof.^a Lúcia, por todo apoio e competência na orientação deste trabalho;

À Leila, por toda solidariedade acadêmica;

Ao FÊNIX, pela acolhida;

A Gislene, Leandra e Denilda, pelo incentivo para recomeçar;

À Juliana Sigiliano e às colegas Assistentes Sociais do HUCAM, que compreenderam a necessidade do meu afastamento do trabalho;

Às colegas da Vara da Infância e Juventude de Vitória, especialmente Luciana e Maristela, pelo apoio que tornou o acesso aos processos judiciais possível;

Ao Miguel, que se empenhou na localização dos processos;

À Marta, pela prontidão em disponibilizar os prontuários do HUCAM;

À Regina, por todo o suporte no acesso à Rede Bem Estar;

À Clarice, pelo suporte no acesso ao SIGAFWeb;

À Anailza, pelo apoio na SEMOHAB;

Às Professoras Fabíola Xavier, Luciana Boiteux, Márcia Siqueira, Mirian Kátia Basílio e Rita Cavalcante, pelas preciosas contribuições na Banca de Qualificação;

Às professoras Luciana Boiteux, Fabíola Xavier e Maria das Graças Cunha Gomes, por aceitarem o convite para participarem da Banca de Defesa.

A todas e todos vocês deixo minha gratidão, embalada pelos versos desta canção:

Caminhos do Coração

“[...]”

Aprendi que se depende sempre
De tanta muita diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá
É tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que pense estar

“[...]”

(Gonzaguinha)

RANGEL, Gediane L. N. **Histórias não contadas**: acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas [Dissertação]. Vitória: Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

RESUMO

A perda da guarda legal de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas ainda nas Maternidades é uma realidade no Brasil, tal como registrada em outros países (como Estados Unidos e Inglaterra). Neste trabalho, mostramos que o acolhimento institucional desses bebês, ainda que sob a égide da doutrina de proteção integral à criança, se dá por influência de ideologias conservadoras, que historicamente orientam a intervenção do Estado sobre as mulheres e as famílias pobres. Este estudo tem como objetivo analisar os acolhimentos institucionais impostos a recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas, referenciadas em Vitória, ocorridos na Maternidade do HUCAM entre os anos de 2008 e 2017, visando refletir as repercussões para os sujeitos (mulheres e crianças) envolvidos. Tratamos aqui de mulheres pobres, negras, fortemente subjugadas ao padrão ideal de boa mãe, ao qual elas não correspondem. Mostramos ainda que das 17 crianças acolhidas no período delimitado, apenas uma foi reintegrada à mãe; oito foram adotadas e oito foram entregues aos cuidados da família extensa. Apesar de transitarem nos serviços de Saúde e Assistência Social do Município, a maioria das mulheres nunca recebeu acompanhamento sistemático. Concluimos que o acolhimento institucional, defendido sob o prisma da doutrina de proteção integral da criança, não vislumbra que desprotege mães, afetos, relações e direitos. O Estado, ao responsabilizar as mulheres por seus comportamentos e penalizá-las com a perda dos filhos, não assegura os direitos sociais e humanos a que ambos fazem jus, eximindo-se de sua responsabilidade de garantir condições para que as mulheres pobres usuárias de drogas permaneçam com seus filhos.

Palavras-chave: Acolhimento Institucional. Maternidade. Crack

RANGEL, Gediane L. N. **Untold stories:** institutional care of newborns of drug-using women [Dissertation]. Vitória: Pos-Graduation of Social Policy, Federal University of Espírito Santo, 2018.

ABSTRACT

Even before leaving the maternity hospitals, the loss of legal custody of newborns by women who use drugs is a reality in Brazil, as registered in other countries (such as the United States and England). In this study we show that the institutional care of these infants – even though under the aegis of the doctrine of whole protection to the child – is influenced by conservative ideologies that historically guide the intervention of the State on poor women and families. This study aims to analyze the institutional care process imposed on newborns of women who use drugs, in the City of Vitória, taking place at the HUCAM Maternity Hospital between 2008 and 2017, in order to reflect on the repercussions for the subjects (women and children) involved. We address here poor, black women, strongly submitted to the ideal standard of good mother, to which they do not correspond. We also show that of the 17 children received in the study period only one was reintegrated to the mother. Eight were adopted and eight were delivered to the care of the extended family. Despite the fact that they are in the Municipal Health and Social Services, most women have never received systematic follow-up. We conclude that the institutional care, defended under the prism of the doctrine of whole protection to the child, does not see that it deprives mothers of affection, relationships and rights. The State, by holding women accountable for their behavior and penalizing them with the loss of their children, does not ensure the social and human rights to which both mother and child would be entitled, and also fails to provide conditions that allow poor mothers who use drugs to remain with their children.

Keywords: Institutional Care. Motherhood. Crack

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

| | | |
|------------------|---|-----|
| Quadro 1 | Número de nascimentos e de atendimentos do Serviço Social da UTIN e Maternidade do HUCAM | 29 |
| Quadro 2 | Número de mulheres com histórico de uso de drogas atendidas pelo Serviço Social da Maternidade e da UTIN do HUCAM | 29 |
| Gráfico 1 | Acolhimentos institucionais dos recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas segundo o ano em que ocorreram | 31 |
| Gráfico 2 | Número de consultas de pré-natal | 131 |
| Gráfico 3 | Atendimento em Saúde para as mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos | 136 |
| Gráfico 4 | Atendimento em Assistência Social para as mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos | 138 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------------|---|-----|
| Figura 1 | Fontes documentais da pesquisa | 34 |
| Figura 2 | Rede de Atenção Psicossocial | 72 |
| Figura 3 | A entrada das mulheres na Maternidade do HUCAM e o parto de seus filhos | 82 |
| Figura 4 | Situação atual das mulheres | 139 |
| Figura 5 | Desfecho dos processos judiciais | 149 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------|---|
| AGHU | Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| BDTD | Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações |
| CadÚnico | Cadastro Único para Programas Sociais |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS ad | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas |
| CAPS i | Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil |
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| CMEI | Centro Municipal de Educação Infantil |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| DNV | Declaração de Nascido Vivo |
| DPCA | Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| ETSUS | Escola Técnica do Sistema Único de Saúde |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HUCAM | Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| LA | Liberdade Assistida |
| MST | Movimento dos Trabalhadores Sem Terra |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PA | Pronto Atendimento |
| PAIUAD | Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas |

| | |
|-------------------|---|
| PBF | Programa Bolsa Família |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNI | Pessoa Não Identificada |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SAFE | Serviço de Acolhimento em Família Extensa |
| SAME | Serviço de Prontuário do Paciente |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SEMAS | Secretaria Municipal de Assistência Social |
| SEMOHAB | Secretaria Municipal de Obras e Habitação |
| SEMUS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SENAD | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas |
| SIGAF ou SIGAFWeb | Sistema de Gerenciamento da Atenção à Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFES | Universidade Federal do Espírito Santo |
| UNIS | Unidade de Internação Socioeducativa |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. METODOLOGIA..... | 28 |
| 2.1 - COLETA E ORGANIZAÇÃO DO <i>CORPUS</i> DA PESQUISA | 35 |
| 2.2 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS | 37 |
| 3. POLÍTICA SOCIAL E FAMÍLIAS: QUEM É RESPONSÁVEL?..... | 40 |
| 3.1 - ESTADO, FAMÍLIA E O FOCO NO CONTROLE SOBRE O CUIDAR DAS CRIANÇAS | 46 |
| 3.2 - MATERNIDADE: UMA INVENÇÃO DA MODERNIDADE | 52 |
| 3.3 - O DISCURSO MATERNALISTA E A GESTANTE EM USO DE <i>CRACK</i> : CHOQUE DE IMAGENS | 57 |
| 3.4 - POLÍTICAS SOBRE DROGAS E SEUS IMPACTOS SOBRE AS MULHERES USUÁRIAS..... | 68 |
| 4. QUEM SÃO AS MULHERES CUJOS FILHOS SÃO RETIRADOS? | 80 |
| 4.1 - HISTÓRIAS QUE PRECISAM SER CONTADAS | 81 |
| 4.1.1- Rosana, uma história de contrastes..... | 83 |
| 4.1.2 - Gilcélia, vida em fuga | 85 |
| 4.1.3 - Érica, entre os cuidados e o cárcere | 88 |
| 4.1.4 - Ingrid, ausência de alternativas?..... | 90 |
| 4.1.5 - Amália, teu passado te condena..... | 92 |
| 4.1.6 - Clarice, aquela que ousou denunciar..... | 97 |
| 4.1.7 - Karyna e o CAPS ad como parceiros de luta | 102 |
| 4.1.8 - Laís, maternidade contestada..... | 105 |
| 4.1.9 - Elizângela, um final feliz?..... | 108 |
| 4.1.10 - Luzia, sozinha mesmo com muitos ao redor | 111 |
| 4.1.11 - Raquel, sempre às voltas com a maternidade | 113 |
| 4.1.12 - Jaqueline, onde estão as saídas? | 117 |
| 4.1.13 - Camila, 1.067 dias | 119 |
| 4.1.14 - Kênia, morte prematura..... | 122 |
| 4.1.15 - Karen, poucas notícias..... | 124 |
| 4.2 - QUE HISTÓRIAS DEVEMOS ENXERGAR AQUI? | 126 |
| 4.3 - AS MULHERES E A REDE DE SERVIÇOS | 130 |
| 4.3.1 - A rede que se trama..... | 134 |

| | |
|---|------------|
| 4.4 - ACOLHIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS: “MANDE NOTÍCIAS DO LADO DE LÁ, DIZ QUEM FICA”..... | 140 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 152 |
| REFERÊNCIAS | 156 |
| APÊNDICES..... | 173 |
| ANEXOS | 179 |

1. INTRODUÇÃO

“Quem não se movimenta não sente as correntes que o prendem” (Rosa Luxemburgo)

A perda da guarda legal dos filhos de mulheres usuárias de drogas (especialmente o *crack*) tem mobilizado o debate nacional e internacional em torno das implicações dessa decisão.

Nos Estados Unidos da América (EUA), em 1989, os meios de comunicação debatiam a questão. Discutia-se, à época, se o uso de drogas durante a gravidez deveria ser punido ou tratado como um problema de saúde (LYONS; RITTNER, 1998). Em sua maior parte, os jornais se uniram em esforços para julgar e punir moralmente as mulheres gestantes usuárias de drogas. A demonização dessas mulheres reduziu a complexidade das questões presentes no uso e abuso de drogas.

Sustentando e propagando a ascensão generalizada de um grande número de bebês sequelados física e intelectualmente, a preocupação não era apenas que essas crianças tivessem problemas, mas quanto esses problemas custariam ao Estado (LYONS; RITTNER, 1998).

Aos poucos surgiram estudos que sugeriam que nem todos os denominados *crack-babies*¹ se juntaram a uma coorte de crianças intelectual ou fisicamente prejudicadas e que muitas das previsões mais terríveis não eram fundamentadas (LYONS; RITTNER, 1998). A evidência oferecida foi a de que os estilos de vida associados à dependência, à pobreza e aos menores níveis de cuidados pré-natais poderiam afetar o desenvolvimento fetal tanto quanto a exposição direta à cocaína (LAM; WECHSBERG; ZULE, 2004; WEISDORF et al, 1997; WOLFF, 2011; LYONS; RITTNER, 1998).

Mas a essa altura, o alarde criado por taxas de prevalência “oficiais” superestimadas e previsões terríveis dos custos dos *crack-babies* a longo prazo levaram à aprovação de leis estaduais que estabeleceram sanções contra mulheres que usaram drogas durante a gravidez. Desse modo, em 1991, 19 estados dos Estados

¹ A expressão *crack-babies* se refere aos bebês expostos ao uso do crack durante a gestação.

Unidos da América promulgaram legislações que possibilitaram que as mulheres grávidas fossem acusadas de abuso infantil ou colocação de crianças em risco se essas dessem à luz bebês que apresentassem resultados positivos para certas substâncias, especialmente a cocaína (LYONS; RITTNER, 1998). Tais leis, aparentemente, eram uma resposta ao pressuposto de que os estados eram obrigados a intervir não apenas em nome das crianças expostas, mas também deviam punir as mães que as tinham ferido ou ameaçado intencionalmente.

As influências das questões de gênero, classe social e raça nessas legislações e nas práticas que as acompanhavam são incontestáveis. Wolff (2011) lembra que os exames que permitem a constatação do uso de drogas foram realizados apenas nas mulheres que não possuíam seguro saúde, ou seja, as mais pobres, e sem o consentimento delas. Lyons e Rittner (1998), por sua vez, afirmam que um estudo sobre mulheres grávidas realizado no condado de Pinellas, na Flórida, mostrou que, apesar de as taxas de abuso de substâncias psicoativas serem semelhantes entre mulheres brancas e afro-americanas, o segundo grupo foi dez vezes mais propenso a ser denunciado às autoridades. Em outro estudo, comparando mulheres afro-americanas usuárias de *crack* que tinham seus filhos vivendo consigo com mães que foram separadas das crianças, Lam et al (2004) concluíram que fatores relacionados à pobreza, como ausência de residência fixa e de recursos sociais, estavam mais fortemente associados ao fato de as mães perderem a guarda dos seus filhos do que o *crack*.

Em abril de 1992, cerca de 167 mulheres em 27 estados dos Estados Unidos foram presas por acusações criminais relacionadas à gravidez, a maioria por envolvimento com substâncias ilegais (LYONS; RITTNER, 1998). Embora os processos dessas mães raramente tenham resultado em veredicto de culpa, as mulheres presas – particularmente aquelas com crianças recém-nascidas – foram submetidas a severo estresse resultante desse processo.

A prisão e o julgamento de mulheres grávidas que usam substâncias psicoativas continuam, apesar do consenso das associações médicas de que tais ações minam as tentativas de melhorar a saúde materna e a infantil. Ao contrário do que acreditam os legisladores e operadores do direito, prender ou processar mulheres grávidas não irá encorajá-las a desistir do uso de drogas e, assim, melhorar a saúde

materna e a fetal. Estudos comprovam que o medo da detecção e punição representa uma barreira significativa para o cuidado de mães e mulheres grávidas, que acabam adiando ou evitando o pré-natal (STONE, 2015).

Não está em questão que o abuso de drogas seja um problema de saúde que pode comprometer as mulheres grávidas e seus bebês, já que aumenta a probabilidade de ocorrerem partos prematuros, descolamento prévio de placenta, retardo do crescimento uterino e baixo peso do recém-nascido, entre outras possíveis consequências (YAMAGUCHI et al.,2008; SILVA; PIRES; GOUVEIA, 2015; MARANGONI; OLIVEIRA, 2012). Questionam-se, todavia, as reações sociais e as respostas políticas dadas às mulheres e seus filhos (WOLFF, 2011; LYONS; RITTNER, 1998). A questão aqui é: como proteger essas mulheres e essas crianças? Nossa pergunta não é simples e traz as múltiplas dimensões contidas nesse processo.

Em termos midiáticos, Springer (2010) analisou, durante mais de 15 anos, artigos do *The New York Times* sobre mulheres que usaram três tipos de drogas durante a gravidez, com níveis variados de efeitos no desenvolvimento fetal: *crack*, álcool e tabaco. A autora concluiu que a cobertura da mídia é maior e mais negativa para as mulheres grávidas pobres e negras, independentemente do grau de consequências adversas à saúde associadas à droga específica usada. A autora demonstrou que a prevalência e o enquadramento de notícias sobre mulheres grávidas que usam drogas têm pouco a ver com a proteção da saúde das crianças. Em vez disso, a preocupação com as crianças é uma ferramenta retórica para definir mulheres pobres e negras como mães más e culpá-las (SPRINGER, 2010, sem paginação). Evidencia-se assim que a discussão está fortemente perpassada pela perspectiva moral de punir as mulheres consideradas viciadas, fracas, promíscuas e sem força moral.

De fato, Stone (2010) constatou que, em muitos lugares onde as mulheres são punidas sob a justificativa de que os filhos foram severamente prejudicados, não há programas ou serviços para acompanhar essas crianças e constatar os possíveis danos. Buchanan e Young (2002) lembram que, na Grã-Bretanha, o encaminhamento de pais e mães usuários de drogas aos serviços de proteção infantil não acontece de forma tranquila. A reação das famílias a esse

acompanhamento é permeado de desconfiança e medo de que a intervenção conduza à remoção de suas crianças.

Para as autoras, essa resistência deve-se ao fato de os assistentes sociais do Reino Unido terem se rendido a um modelo de intervenção profissional focado na vigilância das famílias definidas como “problemáticas” (BUCHANAN; YOUNG, 2002). O trabalho do Serviço Social nas agências de bem-estar infantil incorporou a perspectiva de um trabalho policiaisco comprometido com a regulamentação da maternidade e imposição de normas². Nesse contexto, ao invés de os cuidadores serem encorajados e apoiados, o Estado intervém para proteger as crianças. Esse Estado não vê os pais como agentes de apoio cujas dificuldades exigem suporte, mas como ameaças potenciais. Mas, para além disso, às famílias não é assegurada a proteção social requerida.

Segundo as autoras, os inquéritos relativos à morte de crianças cuidadas por seus pais e avós que se encontravam sob a supervisão dos serviços sociais foram decisivos nesse processo de adoção de uma concepção mais policiaisca. Os assistentes sociais foram criticados como ingênuos, crédulos, incompetentes e negligentes e, com base em atos de omissão, foram responsabilizados pelas mortes das crianças³ (BUCHANAN; YOUNG, 2002).

No Brasil, os profissionais não estão isentos de responderem judicialmente, caso saibam de riscos imputados a crianças e adolescentes e não levem os fatos ao conhecimento das autoridades competentes. O Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) prevê que os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente sejam obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar. O Art. 245 da mesma Lei prevê pena de multa para médicos, professores ou responsáveis por estabelecimento de saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche que deixarem de comunicar à autoridade competente os casos de que tenham conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças

² É mister registrar que há produções recentes que denunciam essas práticas e lutam por sua superação. Entre as produções comprometidas com esta perspectiva, citamos a revista *Critical and Radical Social Work*, organizada pelos autores Iain Ferguson e Michael Lavalette.

³³ A BBC News publicou, em 20 de abril de 2016, que em torno de 20% dos cargos de assistente social da área de proteção infantil estavam vagos na Inglaterra (Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/uk-england-36026098>>).

e adolescentes (BRASIL, 2009). Há ainda outras previsões legais que podem levar os profissionais a responderem criminalmente por casos de omissão. É pela presunção de risco à criança, perpassada pelos valores morais dos profissionais envolvidos no atendimento aos casos, que no HUCAM, e nas demais maternidades que conhecemos, convencionou-se acionar o Conselho Tutelar nos casos de mulheres usuárias de drogas, após avaliação do Serviço Social⁴.

Apesar de não ser prerrogativa do Conselho Tutelar determinar o afastamento de crianças e adolescentes do convívio familiar, de acordo com o Art. 136 do ECA (BRASIL, 1990), o seu colegiado poderá indicar essa necessidade ao Ministério Público, fornecendo elementos que lhe permitam ingressar com a demanda no Juizado da Infância e Juventude, responsável por determinar a medida.

Notícias veiculadas na mídia nacional dão conta de que, como resposta à questão, o Estado brasileiro vem determinando os acolhimentos institucionais de filhos de puérperas usuárias de *crack* em vários estados, tais como Minas Gerais e Santa Catarina⁵, além do Espírito Santo. De acordo com a perspectiva adotada neste

⁴ Especificamente sobre o acionamento deste órgão, queremos registrar um impasse ético que se colocou na Maternidade do HUCAM no período em que lá atuei como Assistente Social, em função de que, avaliando situações de mulheres usuárias de drogas, muitas vezes cheguei ao entendimento de que o acionamento do Conselho Tutelar não se fazia necessário. No entanto, em algumas destas situações, a alta da criança foi condicionada pela Neonatologia ao acionamento, pelo Serviço Social, do referido órgão, quando não de sua presença física. Subjacente a esta postura está a compreensão de alguns profissionais do Conselho Tutelar como órgão de vigilância e controle das famílias, especialmente das famílias pobres, cujas mulheres-mães tenham histórico de uso de drogas. Por entender que esta postura feria minha autonomia profissional, conforme definido no art. 2º. do Código de Ética do/a Assistente Social, o caso foi levado ao conhecimento do Conselho Regional do Serviço Social – 17ª Região em maio/2017.

⁵ Em Santa Catarina, notícia publicada no Jornal Notícia do Dia em 21/08/2012 informa que “Desde 2010, quase 100% dos bebês acolhidos no Abrigo Lar São Vicente de Paulo são filhos de pais usuários de drogas” (Disponível em: <[HTTPS://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/os-bebes-gerados-pelo-crack](https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/os-bebes-gerados-pelo-crack)>).

Em Minas Gerais, o juiz Marcos Flávio Lucas Padula publicou, em 2016, a Portaria 3/2016, que obrigava as maternidades de Belo Horizonte a acionarem a Vara Cível da Infância e Juventude, no prazo de 48h, contadas a partir do nascimento do bebê, quando houvesse evidência ou constatação de que a mãe era usuária de drogas e/ou tinha trajetória de rua. O documento foi precedido pelas Recomendações Nº 05 e 06 do Ministério Público, publicadas em 2014 com o mesmo teor. O site <<https://dequemeestebebe.wordpress.com/entenda-o-caso/reportagens/>> traz ampla cobertura das reportagens veiculadas na mídia sobre a Portaria, suas repercussões e movimentos de resistência. Em agosto de 2017 o site da Associação dos Defensores Públicos de Minas Gerais publicou que a Corregedoria Geral de Justiça de Minas Gerais havia suspenso a Portaria 3/2016, após a apresentação de uma minuta para uma nova portaria, elaborada pelo mesmo juiz (Disponível em: <<https://adepmg.org.br/blog/2017/08/11/tribunal-de-justica-suspende-portaria-responsavel-pelo-acolhimento-compulsorio-de-bebes/>>. Acesso em 1º dez 2018).

trabalho, essas intervenções ocorrem sob influência de ideologias conservadoras, que historicamente orientam a intervenção do Estado brasileiro sobre as famílias pobres. Ultimamente, no entanto, no caso dos filhos das mulheres usuárias de drogas, o acolhimento institucional tem sido objeto de contestação, abrindo-se assim, disputas político-ideológicas em torno da questão.

O interesse em discutir o acolhimento institucional dos filhos de mulheres usuárias de *crack* nasceu da minha experiência profissional, tendo atuado por doze anos como Assistente Social na Maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), Hospital de referência para gestações e partos de alto risco das munições de Vitória.

Nessa trajetória, em 2010, fui informada de que os Diretores de Hospitais e Maternidades do Município de Vitória receberam do Ministério Público do Estado do Espírito Santo, por meio da Promotoria da Infância e Juventude, a Notificação Recomendatória 003/2010 (Anexo I), solicitando que os recém-nascidos de mulheres que apresentassem sintomas de dependência química não fossem entregues a essas mães sem o prévio acionamento dos Conselhos Tutelares. Como consequência, houve, no período de vigência do documento, “a prática massiva de acolhimentos institucionais de recém-nascidos nas maternidades públicas e filantrópicas de Vitória” (LOPES, 2015, p. 265). Subjaz a essa prática o entendimento de que as mulheres usuárias de *crack* são um risco presumido para seus bebês, já que, acolhidos desde as maternidades, elas sequer tiveram a oportunidade de conviver com essas crianças.

O ano de 2012 marcou um processo de resistência disparado por uma das mães que denunciou o acolhimento de seu bebê ao Conselho Estadual de Direitos Humanos, o que veio a produzir embates e contestações dos movimentos sociais e de direitos humanos e da própria rede de serviços do Município⁶. Em decorrência desse movimento, encabeçado pela Secretaria Municipal de Assistência Social, estiveram em Vitória representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, do Conselho de Magistrados, entre outros. Na ocasião, os processos judiciais que tratavam dos acolhimentos institucionais de recém-nascidos

⁶ Fizemos contato com o Conselho Estadual de Direitos Humanos no sentido de localizar algum registro deste processo, mas isto não foi possível.

de mulheres usuárias de drogas foram auditados. A despeito de não terem sido encontradas irregularidades, conforme dito à época, naquele mesmo ano houve a suspensão da Nota supracitada. Essa suspensão, no entanto, não é sinônimo de extinção, “[...] já que permanece, ainda que sub-repticiamente como regra, e as mães-pobres-noias continuam sendo definidas como suspeitas, [ou] como um risco declarado para seus filhos” (LOPES, 2015, p. 265).

Na prática cotidiana, constatamos em levantamento prévio que no período de julho de 2008 a julho de 2017 foram retirados 35 bebês da Maternidade e da Unidade Neonatal (UTIN) do HUCAM por determinação da Justiça ou do Conselho Tutelar. Desses, 27 bebês eram filhos de mulheres usuárias de drogas, especialmente o *crack*⁷.

Muitas eram as indagações ante a realidade que vivenciávamos. Eleger uma delas não foi simples, pois implicava escolher uma dentre tantas possibilidades do processo de reflexão. Nesse percurso, definimos como problema de pesquisa: o que aconteceu com mães e filhos após os acolhimentos institucionais impostos a recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas, referenciadas em Vitória, ocorridos desde a Maternidade do HUCAM? Nossa inquietação trazia duas dimensões: a lembrança dos casos no Hospital e a insatisfação por não saber o que havia acontecido com essas mulheres e crianças. Era preciso remontar essas histórias em um intrincado processo de juntar muitas partes dispersas em vários documentos.

Definimos como objeto de estudo as repercussões do acolhimento institucional de recém-nascidos desde a Maternidade sobre as mulheres/mães e seus bebês. Em termos temporais, vamos refletir acerca dos desdobramentos da medida de acolhimento em dois períodos: no processo de retirada e no momento atual.

Como questões norteadoras temos:

- 1) Quem são as mulheres usuárias de drogas que tiveram os filhos acolhidos desde a Maternidade do HUCAM?
- 2) Que argumentos os profissionais envolvidos nos atendimentos a essas mulheres utilizam para justificar a decisão pelo acolhimento institucional dos bebês desde a Maternidade?

⁷ Dados extraídos das fichas de atendimento do Serviço Social da Maternidade e UTIN do HUCAM

- 3) Que Serviços públicos acompanham as mulheres usuárias de drogas durante a gestação? Existe alguma articulação entre eles na discussão e/ou atendimento desses casos?
- 4) O que acontece aos bebês a partir do acolhimento? São adotados? São reintegrados à família?
- 5) O tempo de permanência nas Unidades de Acolhimento está em conformidade com o previsto na legislação?
- 6) O que acontece às mulheres após o acolhimento de seus filhos recém-nascidos? O que dizem os registros no Sistema Municipal de Saúde e Assistência Social?

Este estudo tem como objetivo analisar o processo dos acolhimentos institucionais impostos a recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas, referenciadas em Vitória, ocorridos desde a Maternidade do HUCAM entre os anos de 2008 e 2017, visando refletir as repercussões para os sujeitos envolvidos (mulheres e crianças).

Nossos objetivos específicos são:

- Problematizar a complexa relação entre mulher, droga, maternidade, proteção à infância e Judicialização, visando compreender se os acolhimentos institucionais dos recém-nascidos não constituem de fato uma forma de punir as mulheres usuárias de drogas por não serem as “boas mães” idealizadas;
- Identificar o perfil das mulheres usuárias de drogas cujos bebês receberam notificação de acolhimento institucional desde a Maternidade do HUCAM/UFES, visando evidenciar se estas possuem vínculo familiar ou outras redes de apoio pessoal;
- Descrever os elementos que embasam a determinação dessa medida, buscando identificar nos argumentos os riscos apontados para os bebês;
- Verificar se foram estabelecidas condições para que essas mães pudessem reaver a guarda de seus filhos e se os Serviços Públicos do Município de Vitória foram acionados como suporte para esses casos e, em caso positivo, descrever quais foram;

- Identificar o tempo de permanência desses bebês nas Unidades de Acolhimento e o que se sucede a eles: reintegração familiar, guarda com família extensa, guarda com terceiros, adoção ou óbito;
- Verificar, através das Unidades Básicas de Saúde, dos CRAS/CREAS e dos Programas Habitacionais do Município de Vitória se houve acompanhamento às mulheres após o acolhimento de seus filhos, visando saber **se** e **como** estes Serviços contribuíram para o desfecho dos casos;
- Identificar se houve, por parte das Unidades de Acolhimento, iniciativas de garantia de convivência familiar durante o processo de acolhimento institucional, em conformidade com o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (BRASIL, 2006);
- Verificar se há nos registros dos processos da Vara da Infância e da Juventude de Vitória tentativas de convocação da família visando assegurar seu direito de defesa e se constam informações sobre a conduta da mãe durante o período de acolhimento da criança.

Esta pesquisa inscreve-se na Linha de Pesquisa 2 (“Políticas Sociais, subjetividade e movimentos sociais”) do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo.

A **relevância social** deste estudo está em dar visibilidade às questões de classe, raça/etnia e gênero que perpassam o acolhimento institucional dos filhos de mulheres usuárias de drogas, normalmente subsumidas como “crackeiras”. Refletindo sobre as necessidades específicas dessas mulheres e seus bebês, esperamos que essa pesquisa contribua na elaboração de ações e programas que considerem e atendam essas necessidades. Além disso, esperamos contribuir para uma prática do Serviço Social mais crítica, reflexiva e comprometida com os princípios que norteiam o Projeto Ético-Político da profissão, entre os quais citamos: liberdade como valor ético central, defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, ampliação e consolidação da cidadania, posicionamento em favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população (CFESS, 2012).

Quanto à **relevância científica**, após busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e em outras bases (Redalyc, Pubmed, Clacso e Scielo), foi possível identificar alguns trabalhos, entre artigos, teses e dissertações, que tratam da relação mulher-droga-maternidade, mas nenhum que trate especificamente do acolhimento institucional dos filhos de mulheres usuárias de drogas, o que confere pioneirismo ao estudo proposto.

Com os descritores “acolhimento institucional”, “gestantes usuárias de drogas”, “mulheres usuárias de drogas”, “acolhimento institucional de filhos de usuárias de drogas”, “gestantes usuárias de *crack*”, “*crack* e maternidade”, “*crack* na gravidez”, “*crack* and cocaine in pregnancy”, “*crack* babies”, “ideology, pregnancy and drugs”, “*crack* en embarazo”, “*crack* e maternidad” e “*crack* babies” foram localizados trabalhos que abordavam o **consumo de *crack* por mulheres**: “Vivências de mulheres que consomem *crack*” (CRUZ et al., 2014); “Condições sociodemográficas e padrões de consumo de *crack* entre mulheres” (CRUZ et al., 2014); “(Re)Construindo laços e projetos: mulheres usuárias de *crack*, relações familiares e vulnerabilidades” (GIMBA, 2013); “Novas problemáticas sociais: o uso de *crack* em mulheres e a perspectiva de gênero” (LIMBERGER; ANDRETTA, 2015); ***crack* e gestação/maternidade**: “Nas mãos: a criança e o cachimbo. As experiências de maternidade de mulheres usuárias de *crack*” (FREITAS, 2015); “O cotidiano das gestantes usuárias de *crack*” (KUYAVA, 2013); “Uma luz na voz do invisível: a experiência de ser mãe para usuárias de *crack*” (BASTOS, 2014); “Vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de *crack*” (AGUIAR, 2014); “Prevalência de drogas de abuso por gestantes” (KASSADA et al., 2013); “Perception of pregnant on consumption of illicit drugs in pregnancy” (PORTELA et al, 2013). Nessa categoria, foram identificados muitos artigos que tratam dos aspectos clínicos da influência do *crack* sobre a gestação, o parto, o feto e o desenvolvimento da criança, dos quais destacamos: “Crack abuse during pregnancy: maternal, fetal and neonatal complication” (ZAFARI, 2016); “The crack baby myth” (sem autores listados, 2001); “Fetal cocaine exposure: neurologic effects and sensory-motor delays” (ARENDRT et al., 1996); “Cocaine and pregnancy” (FERRARO et al, 2000); “Repercussões neonatais decorrentes da exposição ao *crack* durante a gestação” (REIS; LOUREIRO, 2015); “Comportamento motor oral e global de recém nascidos de mães usuárias de *crack* e/ou cocaína” (GASPARIN et al, 2012); **judicialização e**

acolhimento institucional: “A vez e a voz de mulheres – mães com filhos e/ou netos institucionalizados” (DAROZ, 2013); “Órfãos de pais vivos: uma análise da política pública de abrigamento no Brasil” (GLENS, 2010); “Mães que perdem seus filhos na justiça” (COPOLLA, 2005); “Os impasses entre acolhimento institucional e o direito à convivência familiar” (MOREIRA, 2014); “A (in)visibilidade dos bebês na discussão sobre acolhimento institucional” (MOURA; AMORIM, 2013), e **políticas de atenção às mulheres usuárias de drogas:** “Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo” (LIMA; TAVARES, 2013); “Detecção e seguimento de gestantes usuárias de drogas” (TAMASHIRO, 2016); “Redes de atenção à saúde para gestantes usuárias de álcool e outras drogas” (DAL POGETTO, 2016). Outros trabalhos que nos chamaram a atenção foram: “The construction of the crack babies phenomenon as a social problem” (LYONS; RITTNER, 1998); “Biological markers and social differentiation: crack babies and the construction of the dangerous mother (LITT; McNEIL, 1997) e “Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva” (MACEDO; ROSO; LARA, 2015).

Com relação a livros, não conseguimos identificar produções brasileiras e latino-americanas que tratem do envolvimento das mulheres com drogas ou de seu uso concomitante à maternidade. No entanto, verificamos que desde a década de 1990 essa discussão está em pauta nos Estados Unidos e na Inglaterra. Conseguimos identificar quatro obras em língua inglesa: “Pregnant women and drugs: combating stereotypes and stigma” (MURPHY; ROSENBAUM, 1991); “Mother and illicit drugs: transcending the myths” (BOYD, 1999); “Using women: gender, drug policy, and social justice” (CAMPBELL, 2002); “Drug misuse and motherhood” (KLEE; JACKSON; LEWIS, 2003).

O estudo sobre acolhimento institucional de recém-nascidos de usuárias de *crack* tem aspecto pioneiro e é cientificamente relevante. No entanto, Stone (2015) aponta para a dificuldade em conseguir que os casos sejam identificados e as informações acessadas. Uma das razões seria a falta de bancos de dados pesquisáveis nesses casos, visto a confidencialidade que envolve os processos judiciais e a dificuldade de acesso aos registros judiciais. Tínhamos uma oportunidade única: partindo dos cadastros dessas mulheres feitos pela própria pesquisadora entre os anos de 2006 e 2017, pudemos perseguir essas histórias, entrecruzando dados da internação na

Maternidade do HUCAM com informações do processo judicial e dados da Rede Municipal de Saúde, Assistência Social e Habitação. Como um quebra-cabeça, as peças foram progressivamente sendo montadas.

No entanto, esta pesquisa não se inicia do zero. Ela é parte do “trabalho ou esforço de reflexão científica a partir de conquistas ou questionamentos que já foram levantados em trabalhos anteriores” (BARROS, 2009, p. 104). Apesar de pioneira, existem recortes aproximados que precisam e merecem ser considerados. Os autores que nos precederam foram nossos interlocutores. Com eles travamos nosso diálogo “historiográfico e científico” (BARROS, 2009, p. 104).

As categorias centrais para a discussão do nosso objeto são: Estado, Política Social, Pobreza, Gênero e Raça/Etnia. Foge de nossas possibilidades esgotar a discussão dessas categorias neste texto, mas, a seguir, trazemos alguns elementos que compõem a discussão teórica do nosso estudo.

O trabalho está estruturado em três seções. Na primeira, apresentamos a Metodologia e os procedimentos éticos adotados na realização deste estudo. Na segunda, fazemos uma discussão sobre Política Social e Famílias. Apresentamos a Maternidade como uma construção histórica e cultural e discutimos as Políticas sobre Drogas e seus impactos sobre os sujeitos, incluindo as mulheres usuárias de drogas ilícitas. Na terceira, apresentamos os dados da pesquisa a partir de três eixos: as histórias de vida das mulheres recontadas a partir das informações disponíveis nos documentos analisados, o que sabemos no momento do parto e o que aconteceu com as mulheres e seus filhos após a perda da guarda. Por fim, apresentamos as Considerações Finais. Concluimos que a retirada da criança de sua família de origem e o seu encaminhamento para o abrigo funciona, ainda que sob o discurso de proteção da criança, como mecanismo de punição da mulher, não só pelo seu uso de drogas, mas também por não corresponder ao padrão de maternidade idealizado.

O trabalho que ora se descortina é parte de um compromisso como profissional da área da saúde de dar visibilidade e voz a um problema que ainda não alcançou espaço efetivo na agenda pública. Compreendemos que a capacidade de refletir sobre os processos sociais é condição essencial para superarmos o imediatismo e as pressões do cotidiano, que muitas vezes nos levam a atuar sem refletir sobre “o

que nos atravessa, nos constitui, nos produz, e o que constituímos e produzimos com [nossas] práticas” (FÁVERO, 2007, p. 12).

2. METODOLOGIA

Nosso caminho envolve teoria, procedimentos técnicos e criatividade (MINAYO, 2004). Como uma espécie de “grade ou janela através da qual o cientista olha para a realidade que investiga” (MINAYO; DESLANDES, 2002, p. 17), utilizamos a teoria crítica marxista por entendermos que sua ênfase na totalidade, historicidade e dialética melhor subsidiam a compreensão de um objeto complexo como o nosso. De fato, a compreensão da determinação do acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas não se opera sem a mediação destas categorias marxistas.

Para chegarmos aos casos de mulheres referenciadas em Vitória que tiveram os bebês acolhidos na Maternidade e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do HUCAM, fizemos um levantamento nos registros de 1.739 mulheres atendidas pelas assistentes sociais desses Serviços a partir de 2006, ano a partir do qual os registros encontram-se disponíveis. Importa destacar que nem todos os casos atendidos pelas assistentes sociais da Maternidade e UTIN geram documentos como os que serão considerados para fins desta pesquisa (fichas de identificação, relatórios, registros de acompanhamento, pareceres técnicos). No entanto, sendo casos que demandam acompanhamento durante a internação e pareceres do Serviço Social para a alta, as mulheres identificadas como usuárias de drogas possuem esses registros.

Entre os anos de 2006 e 2016⁸ foram totalizados 12.133 nascimentos no HUCAM. O Serviço Social possui registros de atendimento de 1.739 mulheres atendidas na Maternidade e UTIN neste período (Quadro 1).

⁸ Os dados referentes ao ano de 2017 não foram sistematizados pelo Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HUCAM e, por isto, não foram disponibilizados.

Quadro 1 - Número de nascimentos e de atendimentos do Serviço Social da UTIN e Maternidade do HUCAM

| Ano | Número de Nascimentos no HUCAM* | Número de Mulheres Atendidas pelas assistentes sociais da Maternidade e UTIN |
|--------------|--|---|
| 2006 | 1.188 | 204 |
| 2007 | 988 | 116 |
| 2008 | 1.040 | 74 |
| 2009 | 1.226 | 33 |
| 2010 | 835 | 108 |
| 2011 | 1.210 | 12 (Apenas 1 ficha da UTIN foi localizada) |
| 2012 | 1.185 | 280 |
| 2013 | 1.347 | 190 |
| 2014 | 1.004 | 248 |
| 2015 | 1.077 | 159 |
| 2016 | 1.033 | 169 |
| 2017 | Não disponível | Mat.: 22 (até abril) ⁹ UTIN: 124 (até novembro) |
| Total | 12.133 | 1.739 |

*Fonte: Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HUCAM. Elaboração própria, 2018.

Dessas 1.739 mulheres acompanhadas pelo Serviço Social (e com registro próprio das Assistentes Sociais sobre essa intervenção), 210 possuíam histórico de uso de drogas durante a gestação (12%). Elas estão assim distribuídas pelos Serviços de Maternidade e UTIN (Quadro 2):

Quadro 2 - Número de mulheres com histórico de uso de drogas atendidas pelo Serviço Social da Maternidade e da UTIN do HUCAM

| Ano | Mulheres com histórico de uso de drogas na gestação atendidas pelo Serviço Social da Maternidade | Mulheres com histórico de uso de drogas na gestação atendidas pelo Serviço Social da UTIN |
|--------------------|---|--|
| 2006 | – | 3 |
| 2007 | 3 | – |
| 2008 | 10 | 2 |
| 2009 | 7 | 1 |
| 2010 | 2 | 6 |
| 2011 | 4 | 1 (Apenas 1 ficha da UTIN foi localizada) |
| 2012 | 22 | 11 |
| 2013 | 27 | 18 |
| 2014 | 13 | 17 |
| 2015 | 16 | 10 |
| 2016 | 12 | 14 |
| 2017 | 03 (até abril) | 08 (até novembro) |
| Total | 119 | 91 |
| Total Geral | | 210 |

Fonte: Elaboração própria, 2018.

⁹⁹A partir do mês de abril de 2017 outra Assistente Social assumiu o acompanhamento das pacientes da Maternidade. Tendo sido mudada a forma de registro, não nos foi possível saber quantas pacientes foram atendidas pelo Serviço Social desde então.

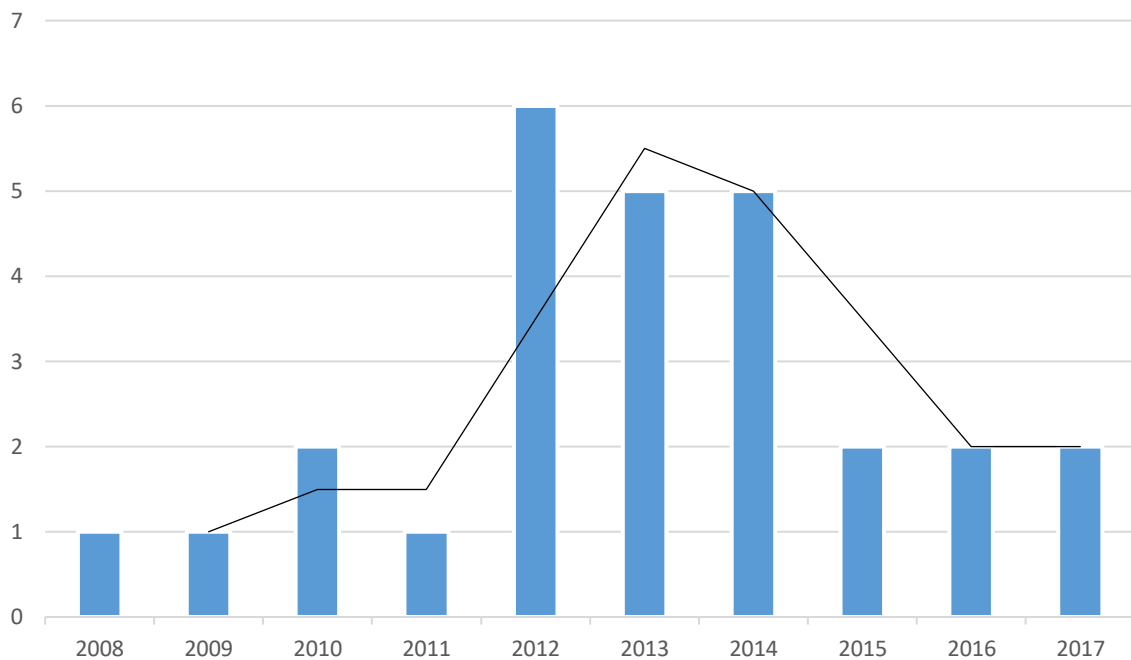
Importa destacar que, desses 210 casos de mulheres com histórico de uso de drogas na gestação, 165 receberam alta com os seus bebês, 13 tiveram seus bebês transferidos para outros Hospitais antes da alta - não nos sendo possível saber se houve determinação judicial em favor do acolhimento institucional - e 03 seguiram para o Ministério Público ou Vara da Infância, acompanhadas por Conselheiros Tutelares, para que a decisão fosse tomada lá. Em outros 06 casos, os bebês foram a óbito durante a internação. Vinte e três dessas mulheres com histórico de uso de drogas tiveram seus bebês acolhidos desde a Maternidade e UTIN do HUCAM. Importa destacar que entre estas mulheres, três tiveram mais que um filho acolhido desde o HUCAM (duas tiveram dois bebês acolhidos e uma teve três), totalizando 27 recém-nascidos acolhidos por razões relacionadas ao uso de drogas.

O ano de 2008 marca o primeiro acolhimento de recém-nascido de mulher usuária de drogas de que temos registro. No período estudado (2008-2017), também houve acolhimentos de bebês de mulheres que não tinham histórico de uso de drogas. Identificamos 7 casos, com 8 bebês acolhidos, já que numa situação tratava-se de gêmeas. As justificativas para esses acolhimentos foram abandono e entrega voluntária para adoção. Numa dessas situações não houve qualquer justificativa, tendo o Hospital apenas recebido a notificação.

Considerando o número total de bebês acolhidos a partir do momento da alta no HUCAM (35), identificamos que o uso de drogas da mãe esteve presente na maioria dos casos, 77%.

O Gráfico 1 mostra o número de acolhimentos institucionais de bebês de mulheres usuárias de drogas ocorridos desde o HUCAM, segundo o ano em que ocorreram.

Gráfico 1 - Acolhimentos institucionais dos recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas segundo o ano em que ocorreram



Fonte: Elaboração própria, 2018.

Observamos que nos anos de vigência da Nota Recomendatória – 2010 a 2012 – houve 9 acolhimentos de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas e que mesmo com a queda do documento em 2012, seus efeitos se fizeram sentir nos anos subsequentes – 2013 a 2015 – período em que houve 12 acolhimentos.

Para seleção dos sujeitos da pesquisa, foram definidos dois critérios:

- 1) mulheres referenciadas no município de Vitória,
- 2) processos de acolhimento que tramitam/tramitaram na Vara de Infância e Juventude deste Município.

Com base no primeiro critério, a princípio quatro mulheres foram excluídas da pesquisa por estarem referenciadas em outros municípios do Estado do Espírito Santo.

As exclusões pelo segundo critério só puderam acontecer na medida em que conseguimos ter acesso (ou não) aos processos judiciais. Neste movimento de

localização dos processos, soubemos que quatro deles estavam arquivados ou tramitavam em outras Comarcas, tendo sido excluídos da pesquisa.

Ocorreram ainda outras duas exclusões: uma pelo fato de o processo judicial não ter sido localizado e outra porque a criança ficou acolhida de um dia para o outro, tendo sido entregue aos cuidados do seu genitor sem a instauração do processo judicial.

Assim, definimos como sujeitos desta pesquisa **15 mulheres usuárias** de drogas (mães de **17 bebês**), referenciadas em Vitória, às quais foi imputada medida de acolhimento institucional dos recém-nascidos desde a Maternidade e UTIN do HUCAM, cujos processos tramitam ou tramitaram no Juizado da Infância e Juventude de Vitória.

Para o nosso caminho metodológico, utilizamos a pesquisa documental. Inicialmente previmos cinco tipos de documentos. Mas, posteriormente incluímos um sexto, conforme segue:

- i) **Os registros das assistentes sociais da Maternidade e UTIN**, que incluem fichas de atendimento, relatórios recebidos e encaminhados, além de anotações sobre o processo de acompanhamento e pareceres técnicos. Estes documentos forneceram dados sobre o perfil das mulheres usuárias de drogas que tiveram os bebês acolhidos e informações sobre sua rede de apoio. Através destas fichas buscou-se saber a idade das mulheres, seu estado civil, local de residência, composição familiar, renda, se recebem algum benefício assistencial, se fizeram pré-natal, onde o fizeram, além dos Serviços do Município e familiares e/ou amigos acionados;
- ii) **os prontuários das mulheres e dos recém-nascidos no HUCAM**. Estes documentos forneceram informações sobre possíveis atendimentos às mulheres (anteriores e posteriores ao acolhimento institucional dos recém-nascidos); se houve solicitação de parecer psiquiátrico, além dos registros dos demais profissionais da equipe de saúde que as atenderam;
- iii) **os prontuários eletrônicos da Rede Bem Estar¹⁰**, com vistas a obter informações sobre acompanhamento de saúde anterior e posterior ao

¹⁰ A Rede Bem Estar é um software implantado em 2009 que interliga todos os equipamentos da Rede Municipal de Saúde de Vitória: unidades de saúde, pronto-atendimentos, farmácias,

parto, as intervenções realizadas pelos Serviços de Saúde do Município de Vitória, bem como o acionamento de outros atores/Serviços. A princípio intentávamos levantar informações sobre o acesso das mulheres ao Programa Bolsa Família por este sistema, já que uma das condicionalidades do Programa é o acompanhamento das crianças pela Unidade Básica de Saúde. No entanto, a incipiência dos dados nos fez ter receio de que os dados não refletissem a realidade. Por isto decidimos solicitar à Secretaria Municipal de Assistência Social o acesso ao Sistema de Gerenciamento da Atenção à Família (SIGAF), que contém os registros dos beneficiários do referido programa, além das intervenções dos diversos serviços da rede de Assistência Social do Município

- iv) **registros eletrônicos do Sistema de Gerenciamento da Atenção à Família (SIGAFWeb)¹¹** da Secretaria de Assistência Social do Município de Vitória, com vistas a obter informações sobre acompanhamento dos equipamentos de Rede de Assistência Social à mulher antes e após o parto, além dos benefícios assistenciais recebidos, entre eles, o Bolsa Família.
- v) **os processos judiciais que tramitam/tramitaram no Juizado da Infância e Juventude de Vitória.** Esses processos registram as passagens das crianças pelas Unidades de Acolhimento, as iniciativas dos profissionais no sentido de contatar as famílias, os relatórios/pareceres profissionais, as Audiências e o desfecho dos casos, quando houver. Esses documentos contêm relatos de entrevistas realizadas por

laboratórios, consultórios odontológicos e centros de referência e especialidades. Em 2014 recebeu o Prêmio Governarte, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), com o trabalho “Implantação do Prontuário Eletrônico na Rede de Saúde de Vitória”. Em 2016 foi premiado pela Associação Brasileira de Entidades Estaduais de Tecnologia de Informação e Comunicação (ABEP) com o Prêmio e-Gov/2016 (Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836> Acesso em: 05 nov. 2018).

¹¹ O SIGAFWeb é um software online implantado em 2012 que permite mobilidade e comunicação instantânea entre as unidades da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS). Nele há um cadastro da família e do município, seu prontuário, além de informações sobre concessão de benefício e programas, geração de folhas de pagamento e arquivos contábeis e bancários referentes a benefícios e programas com repasses financeiros. Seu precursor foi o Sistema de Informação da Gerência de Atendimento à Família, criado em 2008 para sistematizar as ações dos CRAS. As informações que, na época, eram agrupadas mensalmente pelo programador do software por meio de email ou pendrive, migraram para o sistema online em 2012 (GIRELLI et al, 2012). Em 2014 o SIGAFWeb conquistou o Prêmio Inovex na categoria Atendimento ao Cidadão. No mesmo ano conquistou também o Prêmio de Boas Práticas do XVI Encontro Nacional do Colegiado de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS) (Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/noticia/projeto-da-secretaria-de-assistencia-social-vence-o-premio-inovex-2014-16526>>. Acesso em: 05 nov. 2018).

assistentes sociais e psicólogos que atuam na Vara da Infância e Juventude da Comarca¹² de Vitória e registros resultantes da intervenção de outros profissionais, como o magistrado, o promotor e o defensor público, bem como documentos pessoais, ofícios, relatórios e pareceres realizados por diversas instituições.

- vi) **Dados da Secretaria Municipal de Habitação.** A questão habitacional se mostrou muito relevante na vida das mulheres pesquisadas, por isto acionamos a Secretaria de Obras e Habitação do Município de Vitória para que nos informasse se alguma das mulheres participantes da pesquisa era beneficiária dos Programas Habitacionais do Município.

A Figura 1 ilustra esquematicamente as fontes documentais utilizadas na pesquisa.

Figura 1 - Fontes documentais da Pesquisa



Fonte: Elaboração própria, 2018

As fichas de atendimento de Serviço Social constituem fontes primárias¹³, já que muitas delas foram produzidas pela pesquisadora ao longo do tempo em que

¹²“Comarca é a circunscrição judiciária, sob jurisdição de um ou mais juízes de direito, coincidindo, geralmente, com a divisão administrativa do município” (FÁVERO, 2007, p. 15).

¹³ Cabe ressaltar que as Fichas de atendimento do Serviço Social não são anexadas aos prontuários do HUCAM. Elas compõem arquivo próprio, localizado no Setor de Serviço Social.

exerceu a atividade profissional como assistente social na Maternidade. Os prontuários e os processos judiciais constituem fontes secundárias. No caso dos prontuários, a pesquisadora se valeu do material que introduziu (relatórios, pareceres, evoluções) e das informações registradas por outros profissionais de saúde. Já no que se refere aos processos judiciais, foram considerados relatórios, pareceres, despachos, atas de audiência e outros documentos que estavam contidos.

2.1 - COLETA E ORGANIZAÇÃO DO *CORPUS* DA PESQUISA

Neste item descreveremos como se deu a localização e o acesso aos documentos que nos propusemos a analisar, bem como a análise dos dados extraídos de lá.

No HUCAM fizemos um levantamento no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) dos números dos prontuários das mulheres e dos bebês alvos da pesquisa e repassamos ao Serviço de Prontuário do Paciente (SAME). Muitos deles estavam arquivados fora do Hospital, em espaço contratado para este fim, no entanto, o desarquivamento foi rapidamente providenciado. Importa destacar que, entre os prontuários solicitados, 5 não foram localizados, sendo um de uma mulher e quatro de recém-nascidos. Nestes casos, na falta do prontuário da mãe, a coleta dos dados foi feita apenas no prontuário do bebê e, na falta do prontuário do bebê, a coleta foi feita apenas no prontuário da mãe. A leitura, análise e coleta dos dados se deram na Sala de Pesquisa, dentro do SAME.

Na SEMUS o acesso aos prontuários eletrônicos da Rede Bem Estar se deu na Biblioteca da ETSUS, sob supervisão da bibliotecária que, sempre muito solícita, inseriu inúmeras vezes seu login e senha para que pudéssemos ter acesso ao sistema. Duas mulheres não foram localizadas no sistema, possivelmente por não estarem mais referenciadas no Município de Vitória.

O acesso aos dados do SIGAFWeb se deu na Gerência de Proteção Especial de Alta Complexidade da SEMAS, com o auxílio da Coordenadora de Acolhimento Institucional do Município, que acessou o sistema e nos ajudou no levantamento das informações que precisávamos.

Na SEMOHAB, como dito anteriormente, as respostas às questões que formulamos vieram sob a forma do Ofício.

No Juizado da Infância e Juventude fizemos um levantamento dos números dos processos e sua localização com a ajuda de uma colega que lá trabalha e que, portanto, tem acesso ao sistema informatizado da instituição. Na etapa seguinte protocolamos o pedido de acesso aos processos, o que implicava no desarquivamento de alguns. O funcionário responsável pelo Cartório conversou longamente conosco colocando as dificuldades desse percurso. Segundo ele, o arquivo encontrava-se em processo de mudança para outro Município, o que implicava na impossibilidade de saber quanto tempo levaria para que os processos fossem localizados e se o seriam. A despeito desta abordagem alarmista, todos os processos foram disponibilizados, à exceção de dois. Um deles porque o sistema não informava o número da caixa de arquivo. No outro caso, não houve instauração de processo, pois a criança apenas pernitoiu na Unidade de Acolhimento, tendo sido entregue ao genitor no dia seguinte¹⁴.

Todos estes documentos foram submetidos, num primeiro momento, à leitura flutuante e posteriormente, à leitura sistemática, com vistas a extrair informações que foram posteriormente sistematizadas e registradas em planilhas. Os Apêndices I a VI apresentam o roteiro das informações que buscamos extrair dos documentos.

Os dados levantados foram analisados a partir da análise de conteúdo, definida por Bardin como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 2006, p. 37).

A técnica utilizada para a análise dos dados foi a categorial, que segundo Bardin (2006), se aplica a todos os tipos de documentos e textos e funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, reagrupando-os analogicamente por categorias (BARDIN, 2006).

As categorias de análise consideradas neste estudo foram: perfil sócio-econômico das mulheres usuárias de drogas que tiveram os filhos acolhidos; acesso dessas mulheres aos serviços públicos; suporte familiar; argumentos dos profissionais envolvidos nos casos que embasaram as medidas de acolhimento institucional;

¹⁴Só nos foi possível ter acesso a esta informação mediante contato telefônico com a genitora que, segundo o que nos disse, desde sempre exerceu sua guarda fática da criança.

iniciativas de garantia de convivência familiar e comunitária por parte das Unidades de Acolhimento; condicionalidades impostas para que as mulheres pudessem reaver a guarda dos filhos; tempo de permanência das crianças nas Unidades de Acolhimento, e desfecho dos casos.

Os dados serão apresentados a partir de três eixos: história individual e perfil das mulheres, informações sobre o acompanhamento da rede de serviços do Município de Vitória e informações sobre processos judiciais.

2.2 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada segundo as orientações da Resolução 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que dispõe sobre as normas éticas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Por tratar-se de uma pesquisa que toma por base documentos sob a guarda de instituições, encaminhamos o pedido de acesso aos dados, segundo o protocolo instituído por cada uma delas:

- No HUCAM a autorização da pesquisa foi feita mediante a apresentação de dois documentos: **o Formulário de Autorização para Pesquisa no HUCAM** - preenchido na intranet - assinado pelas Chefias da Unidade Materno-Infantil e do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação e **a Folha de Rosto da Plataforma Brasil**. Ambos os documentos foram encaminhados à Superintendência, que deu parecer favorável à viabilidade da pesquisa na Instituição (Anexo II);
- Na Prefeitura Municipal de Vitória o acesso aos prontuários eletrônicos da Rede Bem-Estar se fez mediante autorização da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS) (Anexo III), à qual nos dirigimos através do Protocolo Geral da Prefeitura; já o acesso ao Sistema de Gerenciamento da Atenção à Família (SIGAFWeb) da Secretaria Municipal de Assistência Social de Vitória se deu mediante autorização da Comissão de Pesquisa, vinculada à Gerência de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Assistência Social (Anexo IV). O acesso às informações da SEMOHAB se deu através do Ofício-resposta nº 0430/2018.

- No Juizado da Infância e Juventude de Vitória protocolamos o pedido de anuência no Cartório do Juizado, tendo sido o mesmo encaminhado à Juíza responsável (Anexo V). Também conversamos pessoalmente com a referida Juíza explicando os objetivos e a metodologia da pesquisa. A princípio ela se mostrou muito solícita e interessada em conhecer os resultados da pesquisa. Mas como o retorno demorou a vir, voltamos a fazer contato e soubemos que ela havia encaminhado o pedido ao Ministério Público, através da Promotoria da Infância e Juventude. Como os processos alvo da pesquisa correm em segredo de Justiça, entendemos que havia uma grande possibilidade de termos a autorização negada. No entanto, o Ministério Público não se opôs ao pedido, desde que “preservadas a imagem, a intimidade e o respeito às crianças” (Despacho da 1ª Promotoria da Infância e Juventude de Vitória). Apesar deste parecer ter sido favorável, a Juíza responsável entendeu por bem encaminhar o pedido à Corregedoria Geral da Justiça do Estado do Espírito Santo. Neste momento, além do risco de que o pedido de acesso aos processos fosse negado, também havia a possibilidade de que a resposta não chegasse a tempo de realizarmos a pesquisa. Desde o protocolo inicial (em fevereiro/2018) até a decisão da Corregedoria (em abril/2018) passaram-se dois meses. O Corregedor foi favorável ao pedido, manifestando-se da seguinte forma: “[...] considerando a circunstância relevante em que se embasa o pedido, notadamente pelo fim exclusivo de pesquisa, entendo por sua autorização” (Decisão/Ofício CMM nº 200/2018, Corregedoria Geral da Justiça do Estado do Espírito Santo). A autorização para a pesquisa no Juizado e o termo de responsabilidade assinado pela pesquisadora constam no Anexo VI.

Após reunir todas as autorizações das instituições onde se daria a pesquisa, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, onde foi aprovado conforme consta no Parecer Consubstanciado (Anexo VII).

Salientamos que entre os compromissos assumidos pela pesquisadora junto ao Comitê de Ética estão:

- o de manter os dados coletados em sigilo e utilizá-los tão somente para realização deste estudo, minimizando o risco de exposição dos(as) participantes;

- tomar as devidas precauções para que não haja danos aos documentos e manuseá-los em ambientes indicados pelas instituições, sem retirá-los do local de origem;
- arcar com todas as despesas decorrentes da pesquisa;
- guardar os dados em local seguro, sob a responsabilidade da pesquisadora e,
- divulgar os resultados de forma a não identificar os participantes.

A pesquisadora se comprometeu ainda em fazer a publicização do trabalho através de possíveis publicações em meios científicos, da disponibilização na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e de apresentações aos profissionais do HUCAM, das Secretarias de Saúde e Assistência Social da Prefeitura Municipal de Vitória e da Vara da Infância e Juventude de Vitória.

Importa destacar que a pesquisadora solicitou ao Comitê de Ética a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em função da pesquisa apresentar caráter documental, retrospectivo, não intervencionista, dispensando a coleta de informações direta com os sujeitos da pesquisa, muitos dos quais eventualmente sem seguimento nas Instituições pesquisadas. O referido Comitê acatou o pedido.

Para fins desta pesquisa, o anonimato dos(as) participantes está assegurado em todas as etapas, da coleta dos dados, à sua análise e publicização. Como forma de garantir este anonimato a identificação das mulheres será feita com nomes fictícios. Os bebês não serão identificados. Os(as) profissionais serão identificados pela profissão, seguida pela instituição à qual estão vinculados (p. ex.: Obstetra HUCAM, Assistente Social Unidade de Acolhimento), à exceção das profissionais que atuam na Vara da Infância e Juventude, que por contarem com uma equipe reduzida poderiam facilmente ser identificadas. A elas nos referiremos como Equipe Técnica do Juizado da Infância e Juventude. As instituições para onde os bebês foram encaminhados também não serão identificadas nominalmente, mas apenas como Unidades de Acolhimento.

3. POLÍTICA SOCIAL E FAMÍLIAS: QUEM É RESPONSÁVEL?

“Do rio que tudo arrasta se diz que é violento.
Mas ninguém diz violentas as margens que o
comprimem” (Brecht)

Com o título provocativo, exploraremos a questão da reprodução social em um contexto neoliberal. Cabe deixar claro qual o conceito de família com o qual iremos trabalhar. Miotto (2010, p. 167-168) afirma que

A família, nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos.

Assim, ao utilizarmos o termo famílias (plural), reconhecemos a existência das diferentes possibilidades de configurações que elas podem assumir¹⁵. Exploraremos aqui a relação entre Estado e famílias. Começamos pelo Estado.

O Estado capitalista possui a dupla função: de preencher os requisitos necessários para permitir a *acumulação* (a produtividade, o lucro, a extração da mais valia), ao mesmo tempo em que o aparato estatal precisa ser socialmente aceito, ou seja, precisa de *legitimação*, caso contrário terá ameaçada sua própria sobrevivência e a do sistema que ajuda a reproduzir. Tanto a acumulação quanto a legitimação são alcançadas “por meio da oferta de serviços e benefícios estatais em compasso com o objetivo final de manter, ou melhor, fortalecer o capitalismo” (PEREIRA, 2016, p. 312).

Neste contexto, as políticas sociais têm papel fundamental. Seu caráter ambíguo e contraditório permite que elas ocupem este lugar de atender aos interesses do capital, mas também às demandas da classe trabalhadora. No contexto do capitalismo, as políticas sociais precisam ser defendidas em duas direções: “como garantia das condições de vida aos trabalhadores para a sua auto-reprodução e como campo de acúmulo de forças para a conquista de poder político por parte dos trabalhadores organizados” (BRAVO, 2008, p.15).

¹⁵ Família, no singular, aparecerá apenas nas expressões tais como aparecem na legislação.

Em uma mirada histórica, vemos que, a partir da crise do capitalismo de 1929, na Europa, o Estado passou a assumir centralidade no fomento das políticas de proteção social, dando origem ao que se convencionou chamar de *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social ou ainda, Estado Social (SALVADOR, 2008). Os principais componentes deste Estado de Bem Estar foram o pleno emprego e a oferta de serviços universais, de modo que eram assegurados um conjunto de direitos sociais aos cidadãos (MISHRA, 1995).

Segundo Ferguson (2013) houve duas razões para que o Estado de Bem Estar se fizesse necessário: garantir a reprodução da força de trabalho em nível que os capitalistas pudessem competir e moldar a força de trabalho para atender às necessidades do capital. Para o autor, no entanto, não se deve ignorar, que as políticas sociais também foram impulsionadas pela luta de homens e mulheres que buscavam “obter uma vida melhor para si e suas famílias, ou muitas vezes, simplesmente sobreviver” (FERGUNSON, 2013, p. 71). Nesse sentido, a despeito do seu caráter contraditório, Ferguson (2013) considera que o Estado de Bem Estar foi um enorme ganho para os trabalhadores europeus, pois lhes permitiu acreditar que eles têm o direito ao emprego, à saúde, à moradia e que é dever do Estado proporcionar-lhes esses direitos.

A partir da década de 1980, no entanto, uma nova realidade se impôs em escala planetária, provocando significativas mudanças no campo da produção e do trabalho capitalistas, e conseqüentemente, no sistema de proteção social (PEREIRA, 2008 a, p. 30). O Estado de Bem-Estar vem desde então, passando por um processo de desmonte:

[...] a antiga conjunção de circunstâncias favoráveis às conquistas sociais pelas classes não possuidoras, especialmente após a Segunda Grande Guerra, deixou de existir desde meados dos anos 1970. A expansão do consumo de massa – com a ajuda da industrialização, do crescimento da distribuição de bens e serviços, realizada por um Estado garantidor de direitos sociais e trabalhistas – entrou em declínio. Da mesma forma, o compromisso estatal com o pleno emprego (fortalecedor dos sindicatos), com a segurança no trabalho, com a oferta de políticas sociais universais e com a garantia geral de estabelecimento de um patamar mínimo de bem-estar, vem se desfazendo a passos largos (PEREIRA, 2008 a, p. 30).

Justificando-se no arrefecimento do crescimento econômico, no desequilíbrio fiscal e na perda de legitimidade das políticas sociais públicas (PEREIRA, 2008 a, p. 31), ascendeu uma ideologia – o neoliberalismo – comprometida com o rigor fiscal do

Estado e a redução do mesmo na oferta de políticas públicas. Segundo Pereira (2016, p. 118),

Em seu lugar [do Estado de Bem-Estar], ganharam destaque ideologias, valores e práticas que, em nome da administração de recursos hipoteticamente escassos e do predomínio do mérito individual sobre direitos sociais, impõem às políticas públicas limites à concretização desses direitos em benefício de todos.

Uma das principais características do neoliberalismo é a aceitação da desigualdade social e econômica como natural e insuperável. Seus ideólogos acreditam que o verdadeiro propósito dos governos deveria ser o alívio da pobreza e não a busca, ilusória, por equidade ou justiça social (PEREIRA, 2016).

Para os adeptos da ideologia, grande parte dos fenômenos rotulados como problemas sociais são naturais, inerentes ao capitalismo e essenciais para o seu funcionamento: “O que não é *problema natural* é considerado falha individual. Os erros e fracassos são encarados como de responsabilidade exclusiva de sujeitos inabilidosos ou com severos vícios de caráter: preguiça, vadiagem, acomodação” (PEREIRA, 2016, p. 142).

Como alternativa à provisão social, o neoliberalismo propõe “maior privatização (mercantil e não mercantil) da prestação de bens e serviços sociais” (PEREIRA, 2008 b, p. 32). Nesse contexto, além do Estado, outros setores são chamados à provisão social:

Concebeu-se, dessa forma, um agregado de instâncias provedoras e gestoras no campo do bem-estar, formado em torno de objetivos comuns, composto por quatro ‘setores’ principais: **o setor oficial**, identificado com o governo; **o setor comercial**, identificado com o mercado; **o setor voluntário**, identificado com as organizações sociais não governamentais e sem fins lucrativos; e **o setor informal**, identificado com as redes primárias e informais de apoio desinteressado e espontâneo, constituído da família, da vizinhança e dos grupos de amigos próximos (PEREIRA, 2008b, p. 32, grifos nossos).

Pereira (2008b) chama a atenção para o fato de que não se trata de decidir quem pode oferecer melhores vantagens na produção de serviços de bem-estar, mas de uma “estratégia de esvaziamento da política social como direito de cidadania” (PEREIRA, 2008 b, p. 33).

Neste movimento, também chamado de pluralismo de Bem-Estar, a ajuda pública só deve acontecer sob a forma de compensação por falimento ou pobreza (PEREIRA, 2008 b). Para Sposatti et al (1985) trata-se de um processo de cidadania invertida, já

que o acesso a programas de apoio sociofamiliar está condicionado à comprovação do fracasso dos indivíduos.

Nesse contexto, as famílias são instadas a assumirem maior sobrecarga de trabalho, assumindo um “papel substitutivo em relação ao sistema de direitos sociais” (MIOTO, 2008, p. 47). A este movimento, Mioto (2016) chamou de responsabilização das famílias:

Por **responsabilização das famílias** entendemos o longo processo que se inicia numa determinada sociedade quando ela **avaliza e promove determinadas configurações familiares, autoriza o seu papel e lhe atribui responsabilidades**. A partir dessas atribuições torna-se possível **desautorizá-las** à medida que **não correspondem às expectativas** colocadas sobre o seu papel e suas responsabilidades, e também culpabilizá-las por seus fracassos, podendo chegar à judicialização (MIOTO, 2016, p. 49)

Segundo a autora, o apelo à solidariedade familiar, além de imputar responsabilidades, extrai das famílias o máximo de recursos necessários à reprodução social (MIOTO, 2016).

A autora ainda chama a atenção para o fato de que nesse processo não se considera a heterogeneidade das configurações familiares, nem que elas se diferem em recursos, fases dos ciclos de vida, modelos culturais e organizativos que “interagem diversamente com o conjunto da legislação, com as políticas, programas e serviços sociais” (MIOTO, 2016, p. 50). Prevalece, nesta concepção, o entendimento de que “as famílias, independentemente de suas condições objetivas de vida e das vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger e cuidar dos seus membros” (MIOTO, 2008, p. 51).

A despeito do Art. 226 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) reclamar do Estado brasileiro a proteção especial da família¹⁶, definida pelo dispositivo legal como base da sociedade, temos que a intervenção sobre as famílias vai se estruturando de modo a exigir delas alto grau de responsabilidade. Assiste-se, assim, a articulação de diferentes estratégias de imposição dos custos (financeiros, emocionais e de trabalho) do cuidado para as famílias.

Isso acontece por meio dos campos legislativo e da política social e neles, há a presença de profissionais que vão colocar em movimento as articulações

¹⁶ A palavra foi aqui usada no singular pois se refere à forma como está na Constituição (BRASIL, 1988).

necessárias para a efetivação – ou não – dos processos de responsabilização das famílias (MIOTO, 2016).

De fato, trabalhadores sociais têm sido cada vez mais requeridos na definição de ações no marco da responsabilização das famílias. A categorização das famílias como capazes e incapazes “se encontra fortemente arraigada tanto no senso comum quanto nas propostas dos políticos e dos técnicos responsáveis pela formulação de políticas sociais e organização de serviços” (MIOTO, 2008, p. 51).

Segundo a autora,

Na categoria das **capazes** incluem-se aquelas que, via mercado, trabalho e organização interna, **conseguem desempenhar com êxito as funções que lhe são atribuídas** pela sociedade. Na categoria de **incapazes** estariam aquelas que, **não conseguindo atender às expectativas sociais relacionadas ao desempenho das funções atribuídas, requerem a interferência externa**, a princípio do Estado, para a proteção de seus membros. Ou seja, são merecedoras da ajuda pública as famílias que falharam na responsabilidade do cuidado e da proteção de seus membros (MIOTO, 2008, p. 51, grifos nossos).

Por esta perspectiva, as famílias de que trata esta pesquisa se enquadram na categoria das incapazes, pois identificadas como aquelas que oferecem risco a um de seus membros, o recém-nascido, sofrem a intervenção do Estado, que retira a criança. Por esta concepção as mulheres usuárias de drogas e seus filhos são o que Mioto (2008) denominou de “indivíduos-problema”. A mulher traz como problema a falha na capacidade e responsabilidade do cuidado sobre outrem, explicitada na sua relação com uma substância psicoativa - comportamento socialmente rechaçado. A criança traz como problema o risco em que se encontra por não receber a proteção que requer de suas mães.

Segundo a autora, a despeito das políticas sociais tomarem a família como referência e reafirmarem a necessidade da não fragmentação do atendimento, elas continuam organizadas em torno dos “indivíduos-problema”:

Ou seja, a **atenção é dirigida para a criança, o adolescente, a mulher, o idoso, a partir de situações específicas**, tais como a doença, a delinquência, o abandono, os maus tratos, a exploração. Dessa organização derivam abordagens direcionadas à resolução de problemas individuais. Tais abordagens **embora cada vez mais sofisticadas**, em termos de recursos disponíveis para a intervenção, tanto técnicos como profissionais, têm uma **leitura limitada das demandas** que lhe são colocadas e perdem de vista os processos relacionais como um todo (MIOTO, 2008, p. 55, grifos nossos).

Em decorrência desta abordagem, tem-se a responsabilização e culpabilização dos sujeitos, ao invés da concepção de que a família “tem o direito de ser assistida para que possa desenvolver, com tranquilidade, suas tarefas de proteção e socialização das novas gerações, e não penalizada por suas impossibilidades” (MIOTO, 2008, p. 57).

Historicamente, a intervenção do Estado sobre as famílias tem acontecido de três formas: por meio da legislação, que define e regula as relações familiares; via políticas demográficas, tanto na forma de incentivo como de controle de natalidade, e pela “difusão de uma cultura de especialistas nos aparatos policiais e assistenciais do Estado destinado às classes populares” (MIOTO, 2008, p. 45)

Existem, para a autora, duas linhas de interpretação da relação entre Estado e família:

A primeira tende a olhar a **família numa perspectiva de perda de funções**, de perda de autonomia e da própria capacidade de ação. Em contrapartida, vê um Estado cada vez mais intrusivo, cada vez mais regulador da vida privada. A segunda, vinculada especialmente aos estudiosos da condição feminina, tem indicado que a **invasão do Estado na família** tem se realizado através não de uma redução de funções, mas, ao contrário, de uma sobrecarga de funções (MIOTO, 2008, p. 48, grifos nossos).

Para Miotto (2008), as duas vertentes reconhecem o Estado como o agente mais importante na definição de normas e regras às quais a família está submetida:

Trata-se de normas jurídicas, das políticas econômicas, de saúde, educação, habitação, trabalho e cultura, além de toda a imagem de família, de homem, de mulher, de relação conjugal e de adulto que essas políticas propõem (MIOTO, 2008, p. 48).

As diferenças entre as duas vertentes pressupõem uma polarização entre as visões homogênea e heterogênea de família. A primeira visão compreende que a família “está ameaçada no seu núcleo de afeto e autoridade pelo Estado e pela inserção das mulheres no mercado de trabalho” (MIOTO, 2008, p. 48). A segunda, por sua vez, compreende a família na sua diversidade, “tanto em termos de classes sociais como em termos das diferenças entre os membros das famílias e de suas relações. Nessa perspectiva prevalece muito mais a ideia da família sobrecarregada e menos da família esvaziada” (MIOTO, 2008, p. 49).

Identificada com a segunda vertente, Miotto (2008) afirma que a intervenção do Estado deve contemplar a implementação de políticas sociais que forneçam instrumentos de sustentação necessários ao bem-estar das famílias:

Nesse ponto, a intervenção do Estado não pode ser criticada pela sua invasão. Ao contrário, deve ser criticada pela sua ausência, ou mesmo pela sua ineficiência, à medida que não consegue “descondicionar”, das leis estritas do mercado, a satisfação das necessidades básicas das famílias¹⁷ (MIOTTO, 2008, p. 49-50).

Nesse sentido, o Estado não é visto apenas como um vínculo autoritário com a família, mas também como um recurso que pode garantir a autonomia da família, na medida em que garante direitos e intervém como protetor (MIOTTO, 2008). Esta compreensão é fundamental para a perspectiva em que o acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas será tratado nesta pesquisa.

Não estamos desavisados, no entanto, de que “a presença do Estado na família, através de diferentes formas de intervenção, não possui apenas uma face ou intenção. [...] [Pois] ao fornecer recursos e sustentação às famílias se colocam em movimento estratégias de controle” (MIOTTO, 2008, p. 50).

De fato, em inúmeras ações dirigidas à família, o discurso dos direitos tem escamoteado o caráter de controle do Estado sobre o cidadão (MIOTTO, 2016). Esse controle se dá por diferentes mecanismos. Entre esses mecanismos, destacamos o Judiciário, cada vez mais presente nas questões familiares e também no âmbito das políticas sociais setoriais (MIOTTO, 2016). A prática de acolhimento institucional dos filhos de mulheres usuárias de drogas é exemplo disto.

No próximo item veremos como o Estado, através do Judiciário, adentrou às famílias.

3.1 – ESTADO, FAMÍLIA E O FOCO NO CONTROLE SOBRE O CUIDAR DAS CRIANÇAS

¹⁷ Pereira (2008 c) define as necessidades básicas citadas por Miotto (2008) como aquelas necessidades objetivas e universais para o exercício da cidadania em sua acepção mais ampla. Para a autora, estas necessidades “estão na base da concretização de direitos fundamentais por meio das políticas sociais” (PEREIRA, 2008 c, p. 36).

Neste item fazemos uma retrospectiva histórica da relação do Estado com as famílias, mostrando que ela é conflituosa desde o surgimento do Estado, “contemporâneo ao nascimento da família moderna como espaço privado e lugar dos afetos” (MIOTO, 2008, p. 45). Segundo Miotto (2008) este conflito se deve à disputa pelo controle dos comportamentos dos indivíduos.

De fato, ao longo da História, podemos verificar que as famílias são alvos privilegiados de doutrinação e controle. A partir de meados do século XVIII, no contexto da Revolução Industrial, ocorre a “[...] proliferação das tecnologias políticas que irão investir sobre o corpo, a saúde, as formas de se alimentar e morar, as condições de vida, o espaço completo da existência” (DONZELOT, 1980, p. 12) das famílias nos países europeus. Essas “técnicas” receberam, segundo o autor, o nome de *polícia*: “[...] não no sentido restritivamente repressivo que lhe atribuímos atualmente, mas segundo uma acepção mais ampla englobando todos os métodos de desenvolvimento da qualidade da população e da potência da nação” (DONZELOT, 1980, p. 12). Neste contexto, as crianças ganham atenção especial. Segundo Badinter (1985), isto se deve não apenas às preocupações humanitárias, mas ao interesse dos economistas pela produção em geral:

[...] A verdade é que a **criança**, especialmente em fins do século XVIII, adquire um **valor mercantil**. Percebe-se que ela é, potencialmente, uma riqueza econômica. [...] Ela [a criança] se transforma num **investimento lucrativo para o Estado**, que seria tolice e ‘imprevidência’ negligenciar. Essa nova visão do ser humano em termos de mão-de-obra, lucro e riqueza, é a expressão do capitalismo nascente (BADINTER, 1985, p. 153-160).

Este capitalismo nascente que passa a valorizar a criança como mão-de-obra para a indústria em expansão, também irá modificar a relação entre pais e filhos. Rizzini e Pilotti (2011) afirmam que a partir do século XVIII, verificam-se as primeiras intervenções do Estado no contexto da família, modificando-se o direito paterno na correção dos filhos:

Essa ampliação da ingerência do poder público na esfera familiar faz parte do **dispositivo do controle que o Estado liberal desenvolveu para disciplinar as ‘classes laboriosas’**, fruto e pressuposto da Revolução Industrial (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 326).

Assim, a autoridade parental perde o caráter de intocabilidade e o Estado passa a interferir nela a ponto de tomar os filhos dos pais e se responsabilizar pelo cuidado

das crianças. As famílias, portanto, deveriam seguir os padrões de moralidade estabelecidos. Não ocorrendo isto, seus pais perderiam a guarda dos seus filhos e o Estado assumiria a função de educá-los e vigiá-los (FIGUEIRÓ; MINCHONI; MELLO, 2014).

Ainda neste contexto de expansão industrial, a noção de higiene pública ascende e se torna crucial para o capitalismo,

[...] que vê na força de trabalho o capital humano, como as demais formas de capital [...], como insumo quantificável, previsível e rentável da produção [...] Questões de higiene envolvem esse capital humano, sendo, pois, questões imediatamente sociais. Desse modo, a própria noção do público e do privado se alteram. Alojamento, trabalho, educação, descanso e outros hábitos e condições de vida interessam não só ao indivíduo e à família, mas ao médico e ao Estado, guardiães de uma sociedade física e moralmente sadia. A missão do higienismo é, nesse sentido, não apenas de remediar, mas de prevenir males sociais, proposta na qual se encontram associados os conceitos de governo e poder técnico (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 327).

Sanear de modo preventivo, nesse contexto, significava ocupar-se das crianças provendo a educação das consideradas abandonadas e desvalidas, mas também proporcionando uma educação escolar voltada para o mercado de trabalho:

Desse modo, as crianças e adolescentes transformaram-se, nos meios operários, sobretudo urbanos, não apenas no objeto dos cuidados e da intervenção higienista patrocinada pelo Estado, mas num canal de acesso e controle, por meio do qual era possível penetrar nas famílias para conferir-lhes o padrão desejado (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 327).

Esse padrão socialmente desejado de família traz em si o seu oposto: um padrão indesejado, que deve ser combatido. Desta política saneadora, duas vertentes se desenvolveram: a médica, donde advém a pediatria e a puericultura; e a jurídico-judiciária, com o então chamado Juízo de Menores e o corpo técnico de profissionais, entre os quais, assistentes sociais, visitantes, psiquiatras, psicólogos e pedagogos, encarregados de tornar científica sua intervenção (RIZZINI; PILOTTI, 2011). Assim,

Nas mãos desse aparato, crianças e adolescentes são a espada de Dâmocles¹⁸ que paira sobre a família, sempre ameaçada no seu pátrio

¹⁸Dâmocles, segundo a cultura grega clássica, era um cortesão bastante bajulador na corte de Dionísio I de Siracusa - um tirano do século 4 a.C, na Sicília. Ele dizia que, como um grande homem de poder e autoridade, Dionísio era verdadeiramente afortunado. Então, Dionísio ofereceu-se para trocar de lugar com ele apenas por um dia, para que ele também pudesse sentir o gosto de toda esta sorte. Assim, à noite, um banquete foi realizado onde Dâmocles adorou ser servido como um rei e não se deu conta do que se passava por cima de si. Somente no fim da refeição ele olhou para cima e viu uma espada afiada suspensa por um único fio de rabo de cavalo sobre a sua cabeça. Imediatamente perdeu o interesse pela excelente comida e pelas belas mulheres ou eunucos que o

poder, que lhe pode ser retirado e devolvido, a critério de uma instância heterônoma. Os filhos passam, então, a funcionar como reféns da boa conduta dos pais, pois o abandono moral é uma presunção. Crianças e adolescentes moralmente abandonadas permitem vislumbrar a irregularidade nos bastidores da família. Propiciam, pois, às políticas de controle social as oportunidades de que estas necessitam para transformar a família num módulo padrão da sociedade, sujeito a uma regulação normalizadora (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 327-328).

Criou-se, à época, segundo os autores, o aparato jurídico especial para a então chamada menoridade: tribunais, juízes curadores, delegacias, abrigos, reformatórios e códigos de menores:

Com ele, o problema da infância e da adolescência pobre transformou-se numa questão de justiça e assistência social, dando origem à dicotomia criança/adolescente, de um lado, e menores, do outro, escamoteando-se a dimensão política da desigualdade social (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 328).

Este movimento, permeado pelo desenvolvimento da racionalidade científica que se processava na Europa, tomava como referência os princípios da eugenia e da degenerescência e tinha como objetivo estabelecer uma sociedade livre das desordens e dos desvios – que supostamente estavam ligados às características herdadas, notadamente pelos pobres. Enquanto os médicos, fazendo uso de sua cientificidade racional, categorizavam os indivíduos, inclusive as crianças, de acordo com suas condições de vida, propondo ações específicas para cada estrato da população, os juristas criavam o aparato legal que expressava a nova ordem desejada (FIGUEIRÓ; MINCHONI; MELLO, 2014).

Os reflexos desta forma de pensar e atuar se fizeram sentir no Brasil. Por aqui, coube também aos médicos e juristas a formulação do que Figueiró, Minchoni e Mello (2014, p. 20) chamaram de “rudimentos de uma política pública”.

No Brasil, as primeiras intervenções do Estado em torno das políticas para a infância considerada pobre se dão na década de 1910, em virtude do enfraquecimento das posições do liberalismo extremo e por influência de higienistas e juristas (FALEIROS, 2011).

No contexto de crescente industrialização e formação de grandes aglomerações urbanas, prevalecia o discurso higienista, “[...] entendido como um conjunto de

rodeavam e abdicou de seu lugar dizendo que não queria mais ser tão afortunado. A espada de Dâmocles é uma alusão usada para representar a insegurança daqueles com grande poder que podem perdê-lo de repente devido a qualquer contingência ou sentimento de danação iminente.

preceitos que visava à conservação das crianças, à formação das pessoas saudáveis e produtivas, capazes de realizar o projeto de expansão do Estado brasileiro em moldes urbanos e não agrários” (MOREIRA, 2014, p. 30).

Martins (2005), analisando a documentação produzida por agentes públicos, médicos, em particular, que defendiam a formulação de políticas públicas de proteção à maternidade e à infância no Brasil a partir da década de 1920, chama a atenção para o fato de que as políticas da maternidade neste país, e em muitos outros, não partiram de uma concepção dos direitos das mulheres em ser mãe, contando com assistência pública, mas de uma visão instrumental das mulheres.

[...] afinal era delas que as crianças nasciam e nascem, portanto, para ter sucesso na *tarefa patriótica* de salvar e preservar as crianças, era necessário olhar para as mães, protegê-las também. O problema é que ao olharem para as mães pobres, os médicos, principalmente, não viam indivíduos marcados pela miséria, pelo abandono ou pelo estigma de uma gravidez fora do casamento, mas criaturas toscas, ignorantes, culpadas pela sua condição e de seus filhos (MARTINS, 2005, p. 8).

A autora adverte que estas políticas públicas instrumentais revelam um vocabulário capcioso, pois, aparentemente, o discurso maternalista parece defender os direitos das mulheres. No entanto, não se trata de uma valorização da mulher enquanto cidadã, mas da sua função maternal. Seu real interesse é alcançar a criança (MARTINS, 2005).

A exemplo da maioria dos países latino-americanos, não se pode falar que tenha existido no Brasil um Estado de Bem-Estar. Segundo Pereira (2008 b), por aqui, a instituição familiar sempre fez parte dos arranjos de proteção social:

[...] os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão de bem-estar de seus membros. Sendo assim, fica difícil falar da existência de uma política de família no Brasil, assumida pelos poderes públicos [...] E isso, não porque os poderes públicos tivessem, historicamente, desconsiderado a família, as crianças, os jovens, na sua agenda social, mas porque o desenho das políticas sociais brasileiras sempre foi profundamente influenciado por uma tradição de relacionamento do Estado com a sociedade que exige [da família] esta autoproteção” (PEREIRA, 2008 b, p. 29).

Seguindo este raciocínio, Alencar (2008, p. 64) afirma que “no Brasil a família sempre funcionou como anteparo social, diante do vazio institucional de políticas públicas que assegurassem a reprodução social”.

Houve, no entanto, na década de 1980 um movimento diferente. Enquanto os países do capitalismo central implementavam medidas preconizadas pelo neoliberalismo, o Brasil experimentava um denso processo de democratização da sociedade que obstaculizava a aceitação dos pressupostos neoliberais. A Constituição de 1988 nasceu sob o signo desta contradição. Nela, a família alcançou o centro das responsabilidades do Estado, indicando a necessidade de legislações e políticas públicas capazes de assegurar o acesso aos direitos sociais e proteção, com especial atuação do Estado (MANTOVAN, 2017). A universalidade do sistema público de saúde e a instituição da assistência social são exemplos de conquistas sociais decorrentes desta “Constituição Cidadã”.

Todavia, as exigências econômicas e políticas impostas mundialmente pela ideologia neoliberal, associadas ao cenário de crise econômica do país, levaram a um paulatino consenso sobre a necessidade de reformas econômicas e político-institucionais.

Na ausência de direitos sociais, é na família que os indivíduos tendem a buscar recursos para lidar com as circunstâncias adversas. Dessa forma, as mais diversas situações de precariedade social, desemprego, doença, velhice, encaradas como dramas da esfera privada, tenderam a ser solucionadas na família, como responsabilidade de seus membros (ALENCAR, 2008, p. 64, grifos nossos).

Nesse contexto algumas pergunta se espreitam: quem, na família contemporânea, arcará com a responsabilidade do cuidado de seus membros (crianças, idosos debilitados, enfermos)? A quem cabe a função de gerir a provisão das famílias? Pereira (2008 b) responde:

Tudo leva a crer que se está pensando na mulher, quando se requisita a participação da família no esquema misto de bem-estar, pois era ela quem tradicionalmente arcava com esse ônus. Ora, como a visão tradicional continua em pauta, é das mulheres que se espera a renúncia das conquistas no campo do trabalho e da cidadania social, pois se presume que o foco central de suas preocupações continua sendo a casa, enquanto o homem ainda é o local de trabalho (PEREIRA, 2008 b, p. 39).

Mioto (2016) chama atenção para o fato de que a política social tende a reforçar o modelo da divisão sexual do trabalho e, com isso, a desigualdade de gênero, tendo em vista que as tarefas familiares que os serviços sociais aliviam, requerem ou redefinem são, em grande parte, executados por mulheres.

Nessa perspectiva, mantêm-se as expectativas relacionadas aos papéis típicos de uma concepção funcionalista de família, na qual a mulher-mãe é responsável pelo

cuidado e educação dos filhos e o homem-pai, pelo provimento e exercício da autoridade.

Assim, o julgamento dessas funções está fortemente vinculado a julgamentos morais, principalmente em relação à figura materna. Sobre esta recai toda a sobrecarga da função de provimento quando a figura paterna é ausente (MIOTO, 2008, p. 53-54).

O papel da mãe tem sido considerado como central no contexto dos serviços de proteção infantil, sendo a responsabilidade materna um dos aspectos mais enfatizados nos processos e dossiês do sistema de proteção à infância e juventude (SOUZA, 2004). Para Miotto (2008), isto se deve à concepção hegemônica do feminino associado ao cuidado, especialmente ao cuidado materno.

Uma identidade materna negativa constitui um fator de risco no discurso da proteção infantil e contribui para o fortalecimento de um estereótipo de comportamento materno positivo, que tem como ingredientes principais a dedicação integral aos filhos, a afeição e o *insight* (MIOTO, 2008, p. 53).

É preciso considerar que as idealizações maternas são construções históricas e culturais que envolvem múltiplas dimensões: econômicas, sociais, culturais, médicas, jurídicas, entre outras.

3.2 – MATERNIDADE: UMA INVENÇÃO DA MODERNIDADE

Neste tópico, partimos da compreensão de que a maternidade é um fenômeno social, portanto, construído historicamente. Decorre disto que as mudanças e implicações sociais desta experiência não atingem da mesma forma todas as mulheres, em todas as épocas, países e culturas (SCAVONE, 2011).

Segundo Engels (1991), anteriormente ao surgimento da propriedade privada, muitas sociedades possuíam uma organização matrilinear. O surgimento da propriedade privada, a consequente acumulação de riquezas e sua transmissão por herança foram fatores essenciais à redefinição do lugar da mulher nas sociedades quando estas se tornaram patriarcais. A necessidade da monogamia feminina vem coroar a construção de um modelo de família baseado na opressão e controle das mulheres, ao assegurar a prole aos homens, garantindo-lhes força de trabalho e herdeiros legítimos (ENGELS, 1991).

Importa-nos destacar que historicamente os papéis sociais de homens e mulheres, portanto, pais e mães, não foram sempre os mesmos. Ou seja, “feminino e masculino não são fatos naturais ou biológicos, mas construções culturais” (GUIMARÃES, 2005, p. 87). Compreender as características de um e de outro implica contextualizar o que é feminino e masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico.

Historicamente a concepção de maternidade tem sofrido significativas alterações. De fato, o que hoje se considera um referencial de boa mãe é bastante discordante do que se concebia na Europa, por exemplo, nos séculos XVII e XVIII. As contribuições de autores como Badinter (1985) e Ariès (2016) permitem a reconstrução da trajetória histórica da significação dos cuidados maternos.

Segundo Ariès (2016), na Europa até o século XVII, a infância era considerada um estado a ser superado através de uma educação rígida e intolerante. Cabia aos pais domar os impulsos infantis, assumindo uma posição coercitiva. A criança deveria ser educada na casa de outrem como um aprendiz, cabendo-lhe as atividades domésticas, ocasião em que aprendia a ‘servir bem’ aos demais.

Badinter (1985, p. 64) afirma que até o século XVIII a criança era considerada um estorvo, constituindo um fardo para os pais, que frequentemente não passavam no “teste do sacrifício”:

Como muitos desses pais não podem – e também alguns, mais numerosos do que habitualmente se pensa, não querem – fazer o sacrifício econômico ou de seu egoísmo, não foram poucos os que pretenderam se desembaraçar desse fardo. Existia e ainda existe uma gama de soluções para esse problema, que vai do abandono físico ao abandono moral da criança. Do infanticídio à indiferença. Entre os dois extremos, possibilidades diversas e bastardas, cujos critérios de adoção são essencialmente econômicos (BADINTER, 1985, p. 64).

Para a autora, a recusa das mulheres da época à amamentação é o principal sinal de sua rejeição aos filhos. Tomando como exemplo a França, afirma:

[...] é no século XVIII que o envio das crianças para a casa de amas [de leite] se estende por todas as camadas da sociedade urbana. Dos mais pobres aos mais ricos, nas pequenas ou grandes cidades, a entrega dos filhos aos exclusivos cuidados de uma ama é um fenômeno generalizado (BADINTER, 1985, p. 67).

Segundo Badinter (1985), o século XVIII marca uma revolução das mentalidades: a imagem da mãe, seu papel e importância modificam-se radicalmente, ganhando tal

importância que, progressivamente, lançarão o pai na obscuridade. Destaca-se como novo, neste período, a forte associação da maternidade com a feminilidade. Este modelo se consolidou em uma ideologia que passou a exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações na criação dos filhos e limitando a função social feminina à realização da maternidade (SCAVONE, 2001). Registra-se nesse século um grande movimento social que visava à construção de um novo papel social para a mãe. A mulher passou a estabelecer com a criança uma relação íntima e de carinho, o que socialmente lhe conferiu o atributo representado por um ‘*status* maternal’. Os cuidados maternos passaram a interferir na própria identidade feminina, fazendo as mulheres se reconhecerem e se legitimarem na função materna:

Historicamente, a maternidade construída como o ideal maior da mulher, único caminho para alcançar a plenitude, a cabal realização da feminilidade, em sincronia com a necessidade da anulação pessoal, da abnegação e do sacrifício prazeroso começa a tomar forma no Ocidente nas últimas décadas do século XVIII. Surge então o ideário do devotamento e do sacrifício e a maternidade passa a ser entendida como um sofrimento voluntário e indispensável para a mulher normal (TRINDADE; ENUMO, 2002, p. 2).

É na identificação com esse lugar social que os afetos das mães dão origem à ideia do amor materno, que vai se consolidar na França no final dos séculos XIX e XX (SAMPAIO; SANTOS; SILVA, 2008). Ancorada na noção de naturalidade e de atributos biológicos, a maternidade assume um caráter determinista. Rocha-Coutinho (1994, p. 41) acrescenta que,

Em decorrência desta “naturalização” das funções femininas, passou a ser demarcada uma série de características femininas (como, por exemplo, dedicação, abnegação, docilidade), quase todas elas vinculadas àquelas características necessárias à “boa mãe”, levando-se muitas vezes a se identificar feminilidade e maternidade.

A imagem construída de “boa mãe” envolveria a gravidez e o parto como um rito de passagem, que transformaria as mulheres em abnegadas, generosas e hipoteticamente satisfeitas com o sacrifício que assumem em nome do bem-estar dos filhos (TRINDADE; ENUMO, 2002).

Entretanto, a realização desse ideal de maternidade assumia outras proporções para as mulheres pobres que precisavam trabalhar:

As classes dominantes que reinventam a maternidade como vocação feminina exclusiva estão em contradição absoluta com a realidade concreta: muitas mulheres trabalham no séc. XIX e devem assumir sua maternidade

nas condições mais difíceis. A distância é imensa entre o ideal descrito e sonhado de mãe educadora, consagrada em tempo integral a suas crianças, e a vida das mães de origem modesta (SCAVONE, 2001, p. 49).

A partir da consolidação da sociedade industrial, tem-se a transição de um modelo tradicional de maternidade (a mulher definida essencial e exclusivamente como mãe, com proles numerosas) para um modelo moderno de maternidade (a mulher definida também como mãe, entre outras possibilidades, com proles reduzidas e planejadas) (CECAGNO; ALMEIDA, 2013, p. 409).

Segundo Scavone (2001), as contradições inerentes ao processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressaram no mercado de trabalho, marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais, revelam os impactos desse processo na mudança dos padrões da maternidade:

No momento em que as mulheres das famílias operárias, no séc. XIX, começaram a associar, de forma crescente, trabalho fora do lar e maternidade (leia-se, também, como trabalho no lar), instaurou-se a lógica da dupla responsabilidade, que se consolidou no séc. XX, com o avanço da industrialização e da urbanização, recebendo por parte das análises feministas contemporâneas a designação de 'dupla jornada de trabalho' (SCAVONE, 2001, p. 49).

Com mais acesso à educação formal e à formação profissional, as mulheres vão, no decorrer do século XX, ocupar gradativamente o espaço público, ao mesmo tempo em que mantém a responsabilidade na criação dos filhos.

O advento da modernidade e de suas conquistas tecnológicas, sobretudo no campo da contracepção, e mais recentemente da concepção, trouxe às mulheres uma maior possibilidade de escolha da maternidade e abriu espaço para a criação do dilema de ser ou não ser mãe, questionando o determinismo biológico no qual ser mulher é igual a ser mãe. Neste contexto, essa decisão ganha uma dimensão reflexiva, passando ao *status* de decisão racional, influenciada por fatores relacionados às condições subjetivas, econômicas e sociais das mulheres e, também, do casal (SCAVONE, 2001).

Foi com o advento da contracepção medicalizada moderna, especialmente a pílula contraceptiva, que as mulheres tiveram acesso a uma das principais chaves para a livre escolha da maternidade, com a possibilidade de um controle eficaz e socialmente aceito da fecundidade (SCAVONE, 2001, p. 51).

É certo que esta escolha não está outorgada a todas as mulheres da mesma forma. A autora cita como limites da livre escolha das mulheres as contradições de classe, raça/etnia; os impactos da utilização de métodos contraceptivos definitivos, como a

esterilização feminina no Brasil; os danos que os métodos contraceptivos, sem acompanhamento médico, podem causar à saúde das mulheres, e as desigualdades sociais relacionadas com o uso dos métodos contraceptivos (SCAVONE, 2011).

Segundo Bolzan (2015), o domínio da contracepção dotou as mulheres de uma responsabilidade assustadora: “Só devem nascer as crianças ‘desejadas’. A mulher que ousa lhes impor a vida deve poder assegurar-lhes as melhores condições de existência” (BOLZAN, 2015, p. 102).

As diversas correntes feministas contribuíram para verbalizar a tomada de consciência das mulheres a respeito das implicações sociais e políticas da maternidade, colocando em questão a partir dos anos setenta e oitenta, a discussão do significado da maternidade, considerada como “eixo central da opressão das mulheres” (SCAVONE, 2001, p. 52). Inicialmente,

[...] a recusa consciente da maternidade foi o caminho proposto por esse feminismo para alcançar a liberdade. Esta recusa consistia em uma tentativa de negar o fatalismo biológico feminino da maternidade, romper com o determinismo dado pela natureza, já que ele era um argumento forte para justificar as desigualdades entre os sexos [...] (SCAVONE, 2001, p. 52, grifo nosso).

Já num segundo momento, outra corrente, inspirada na Psicanálise, recupera a maternidade como um poder insubstituível que só as mulheres possuíam – fazendo parte da história e identidade femininas – e os homens invejavam. O problema não era mais a negação da maternidade, mas, a divisão equitativa das responsabilidades entre mães e pais. Desta compreensão derivou o conceito de parentalidade, segundo o qual, “trata-se de estudar o posicionamento dos atores sociais dos dois sexos no processo de constituição do laço parental e não mais a partir de uma especificação a priori deste laço segundo o sexo” (SCAVONE, 2001, p. 53).

A despeito de estarem em curso significativas mudanças em relação à divisão de responsabilidades entre homens e mulheres nos cuidados com os filhos, estudos recentes constataram que as mulheres continuam tendo uma relação mais comprometida com os filhos do que os homens, sendo ainda elas que assumem a maioria das responsabilidades parentais (ALVES et al, 2014).

De fato, Souza (2004) verificou que nos serviços de proteção à infância, a mãe é uma figura onipresente e a avaliação de riscos é apoiada no julgamento moral a que ela é submetida. Em casos de violência contra a criança ou o adolescente, mesmo

não sendo a agressora, a mãe é investigada e recebe serviços que seriam destinados ao agressor, instaurando-se um movimento de construção de culpa. Segundo a autora, a responsabilidade do pai e do padrasto raramente é exigida.

Apesar das mudanças em curso, as mulheres ainda são cobradas pela primazia do cuidado que lhes foi historicamente imposta. A compreensão de que as mulheres usuárias de drogas, especialmente o *crack*, não são capazes de garantir este cuidado é o que justifica a retirada de seus filhos pelo Estado, que as julga indignas de serem mães.

3.3. O DISCURSO MATERNALISTA E A GESTANTE EM USO DE *CRACK*: CHOQUE DE IMAGENS

As experiências de maternidade das mulheres usuárias de *crack* são permeadas pelas normas de gênero e por discursos que definem as mães como principais responsáveis pelos cuidados dos filhos.

A compreensão da categoria de gênero e seu significado são distintos a partir de diferentes autores. Scott (1995) compreende gênero como um elemento constitutivo das relações sociais, uma construção social e histórica, com base em símbolos, normas e instituições que definem relações de poder e modelos de masculinidade e feminilidade, além de padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres¹⁹.

Ainda segundo a autora, as persistentes diferenças percebidas entre homens e mulheres são elementos constitutivos das relações sociais e históricas, apesar de frequentemente atribuídas à biologia e à fisiologia. Assim, o termo gênero busca superar a abordagem biológica entre os sexos e superar a dicotomia entre masculino e feminino, compreendendo que ambos estão intrinsecamente relacionados (SCOTT, 1995).

¹⁹ Temos clareza de que existe uma discussão sobre o uso das expressões “relações sociais de sexo” e “relações de gênero”. Para Ferrand (2005) “o termo gênero é muito recente na França (originou-se nas décadas de 1980 e 1990) e a abordagem em termos de relações sociais de sexo constituiu-se muito antes, numa conjunção de pesquisas empíricas e de reflexões teóricas [...] Entretanto, o termo relações sociais de sexo era longo, pesado, difícil de utilizar nos títulos, etc... e, com a influência das anglo-saxãs e a ajuda das instituições internacionais, as feministas francesas puseram-se, pouco a pouco, a utilizar o termo gênero”. Nesta dissertação optamos pelo uso do termo gênero.

Freitas (2015), em sua pesquisa sobre a experiência da maternidade entre usuárias de *crack*, observou que as mulheres por ela entrevistadas fazem pouca ou nenhuma alusão às obrigações paternas de cuidado e dedicação com as crianças, reforçando a ideia de que o cuidado é algo da esfera do feminino.

Por esta concepção, ao se ocuparem do cuidado dos outros, as mulheres realizam sua vocação natural:

Ser mulher deveria, afinal, pressupor disposição para o cuidado não apenas de si, mas do outro; um comportamento moderado, sem excessos; uma organização da vida que proporcione estabilidade afetiva, como o de uma mãe que mantém limpa e em ordem uma casa. [...] Nestes labores, a mulher dedicar-se-ia à realização dos seus instintos de abnegação e dedicação. Pela via do trabalho doméstico [...] a mulher dá vida aos demais e também se dá vida a si mesma. As mulheres estão encarregadas da reprodução material da vida das pessoas (LEAL; CALDERON, 2017, p. 132,133,134).

As mulheres usuárias de drogas, no entanto, fogem a este padrão idealizado, pois a sociedade contesta sua habilidade para cuidar do outro: “Nessa imagem idealizada há um antagonismo entre ser mãe e estar usando drogas. Essa concepção aparece no contexto de escolas, unidades de saúde, Conselhos Tutelares e Judiciário” (GARCIA; MENANDRO; ULIANA, 2016, p. 33).

Leal e Calderon (2017) afirmam que as mulheres usuárias de drogas contrariam a essência do que é entendido como sendo do feminino porque deixam de ocupar-se dos outros. Parcial ou totalmente, elas deixam de ser mães e cônjuges. Assim, a decisão do uso de drogas é tomada como um ato egoísta, que desafia a construção feminina, que é eminentemente para os outros: “Quem no imaginário está feita para cuidar, velar e reproduzir a vida dos outros cotidianamente encontra prazer agora num objeto inanimado (a droga) e num ato centrado em si” (LEAL; CALDERON, 2017, p. 135).

De acordo com as autoras, as mulheres que contrariam o modelo ideológico dominante avaliam-se com o mesmo rigor com que são julgadas, considerando-se “culpáveis por serem consideradas (e considerar-se) incapazes, ineficientes e/ou descuidadas. Assim, as mulheres são também as suas próprias polícias, possuem mecanismos de auto-castigo” (LEAL; CALDERON, 2017, p. 134) e culpabilizam-se pela transgressão às normas estipuladas.

Coppola (2005) verificou em seu estudo sobre mães que perdem os filhos na Justiça que a ideia de que a mãe que não dedica **cuidado adequado e proteção ao filho** o rejeita ou lhe é indiferente não corresponde à realidade. Segundo a autora, as mães que entrevistou afirmam amar os filhos e se sentem culpadas por tê-los perdido, guardando a esperança de que um dia possam ser procuradas por eles, quando terão oportunidade explicar-lhes que não os abandonaram (COPPOLA, 2005).

Mas o que, afinal, seriam cuidado e proteção adequados? Segundo Passos (2016, sem paginação), cuidado é “elemento fundamental não só para a procriação e a perpetuação da espécie, mas também enquanto pilar no processo de cooperação entre os sujeitos”. Para a autora, ele é resultado da complexificação do trabalho e das relações sociais e do processo de constituição das famílias:

Pensar o cuidado enquanto resultado da coexistência de trabalho e relações sociais possibilita-nos apontar as seguintes questões: 1) Enquanto procriação existe a necessidade de se pensar a sobrevivência dos indivíduos que não podem executar o trabalho para satisfazer as suas necessidades ontológicas primárias; logo, é preciso que um outro trabalhe para satisfazê-los; 2) Enquanto relação social será determinado como, por quem, onde e de que forma o cuidado deve ser executado. Logo, resulta de determinadas necessidades estipuladas a partir do desenvolvimento da sociabilidade e das forças produtivas (PASSOS, 2016, sem paginação).

A concepção hegemônica que se tem hoje em relação aos cuidados necessários às crianças foi cunhada a partir do século XVIII, a partir do movimento de ascensão da burguesia e a conseqüente formação da família conjugal moderna, também chamada por alguns autores de família burguesa. Entre os valores defendidos por esta instituição citam-se o amor entre os cônjuges e a sua união em benefício dos filhos; um interesse todo especial pela educação das crianças; a supervalorização da maternidade e a hierarquização das relações entre homens e mulheres (REIS, 2013).

Nesse contexto, o cuidado com as crianças se tornou tema importante da literatura médica, cujos discursos incitavam ao cuidado das crianças sob preceitos higienistas. Inspirado no trabalho normalizador realizado por estes profissionais, ascendeu o modelo de ‘mãe higiênica’, “de quem passou a ser cobrado o cuidado com a saúde, a educação e mesmo a formação do caráter dos filhos, de onde emergiu a ideia da grande responsabilidade moral que as mulheres teriam frente à nação” (REIS, 2013, p. 171).

Os discursos que atravessam o cuidado dos filhos de mulheres usuárias de drogas estão sujeitos a estes parâmetros. Menandro e Uliana (2015), em estudo com mães usuárias de drogas que perderam ou estavam ameaçadas de perderem a guarda dos filhos, constataram, no entanto, que para essas mulheres cuidar vai muito além de prover necessidades materiais. Para elas, a higiene e o acompanhamento médico também são colocados como cuidado, mas esses elementos não ocupam o lugar central: “cuidar dos filhos é dar amor, carinho, atenção, ou seja, a dimensão do afeto se sobrepõe aos aspectos materiais” (MENANDRO; ULIANA, 2015, p. 108).

Esta concepção aparentemente mais abrangente de cuidado não tem sido suficiente para que essas mulheres permaneçam com os filhos. No Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede de Serviços de Atenção Continuada (IPEA, 2003), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) constatou que a dependência química dos pais ou responsáveis, incluindo o alcoolismo, é apontada como motivo para o acolhimento institucional das crianças e adolescentes em 11,4% dos casos no Brasil. No Espírito Santo, este número é da ordem de 86,6% (WRICK et al., 2015). Isto evidencia a necessidade de problematizar o modelo punitivo que vem sendo adotado em relação aos (às) usuários(as) de drogas, pois a exemplo do que acontece nas unidades penitenciárias (LEMGRUBER; BOITEUX, 2014), as unidades de acolhimento institucional para crianças e adolescentes tem sido fortemente impactadas.

Garcia, Menandro e Uliana (2016), analisando o perfil de mães usuárias de drogas em situação de perda da guarda dos filhos em Vitória/ES, indicam que são mulheres jovens, pobres, com baixo nível instrucional, inseridas no mercado informal de trabalho, com percurso de consumo de drogas de 15 anos e com prevalência do uso do *crack*. Mais uma vez, os dados evidenciam que as punições impetradas pelo modelo proibicionista recaem sobre a parcela mais pobre da população.

Quanto às instituições com as quais estas mulheres se relacionam, as pesquisadoras identificaram diversos problemas:

[...] alguns equipamentos da rede enxergam essas mães de forma particular e isolada, tratando o problema de base – a droga – e não o sujeito em sua totalidade. Dessa forma, acabam por responsabilizá-las por sua condição de pobreza e de dependência química, utilizando, em alguns casos, o discurso da ameaça (‘teremos que avisar ao Conselho Tutelar’) para enquadrar as

usuárias ao tratamento. A rede de proteção à infância e à adolescência também utiliza o discurso punitivo (GARCIA, MENANDRO; ULIANA, 2016, p.43).

Em outro trabalho, Garcia, Menandro e Uliana (2017, no prelo), constataram que a condicionalidade de retorno ou manutenção da guarda dos filhos à obrigação do tratamento apresenta-se como uma faca de dois gumes: para algumas mães essa obrigação fez com que elas aceitassem e conseguissem fazer o tratamento; para outras, essa obrigação as levou a abandonarem o tratamento e a possibilidade de reaverem os filhos.

Menandro e Uliana (2015) identificaram em sua pesquisa com mães usuárias de drogas de um CAPS AD III que estavam sob a perda, ou ameaça de perda da guarda de seus filhos, que muitas delas mantinham a expectativa de reavê-los, mesmo quando o processo de adoção havia sido concluído.

Do ponto de vista legal, o acolhimento institucional está previsto como medida de proteção à criança e ao adolescente no Art. 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990)²⁰. O Parágrafo 1º do referido artigo prevê que o acolhimento institucional é uma medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a reintegração familiar, ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta (BRASIL, 1990).

França (2008) considera, no entanto, que no Brasil, o acolhimento institucional não pode ser considerado **nem protetivo, nem provisório, nem excepcional**, pois “[...] é visto como solução ‘mais fácil’ e passa a ser a regra; à falta de um efetivo trabalho visando o retorno à família, torna-se permanente; e à falta de uma reflexão técnica sobre a sua função, não provê a proteção no nível em que dela se necessita” (FRANÇA, 2008, p.1).

As entidades que prestam serviço de acolhimento institucional são chamadas de Abrigo Institucional ou Unidades de Acolhimento Institucional. Elas podem ser governamentais ou não-governamentais e são serviços que oferecem acolhimento provisório para crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por meio de

²⁰ Para fins deste trabalho consideraremos o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) com todas as alterações que sucederam ao texto original, entre elas as que foram introduzidas pela Lei 12.010, de 2009 (Nova Lei de Adoção), Lei 13.257, de 2016 (Marco da Primeira Infância) e a Lei 13.509, de 2017 (Novíssima Lei de Adoção).

medida protetiva de abrigo, em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção (BRASIL, 2009).

Essas entidades precisam estar vinculadas aos Conselhos de Direitos das Crianças (BRASIL, 2009) e ao Conselho Municipal de Assistência Social (BRASIL, 2009), já que compõe a Rede Socioassistencial dos municípios. No âmbito da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2005) são serviços tipificados na Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

A despeito das regulamentações que buscam garantir a prioridade das ações voltadas para a família de origem das crianças e adolescentes - entre as quais citamos o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2006) e as Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009) - Moreira (2014) considera que as entidades de acolhimento têm tido dificuldades para efetivar a restauração dos vínculos familiares. Uma das razões para isto é a crença compartilhada em um modelo ideal de família e a descrença na potencialidade das famílias que tiveram seus filhos acolhidos institucionalmente.

Segundo a autora, o acolhimento institucional traz à tona as contradições entre o direito à convivência familiar e a supressão dessa convivência como condição para restaurar esse mesmo direito à convivência (MOREIRA, 2014):

O acompanhamento psicossocial das crianças e adolescentes [...] tem revelado que a medida de acolhimento institucional [...] é muitas vezes a primeira medida a ser tomada, seja em razão da situação extrema em que se encontram as crianças e os adolescentes no momento em que são abordados ou pela dificuldade de conexão entre os diversos equipamentos da rede de assistência [...] Há também os casos em que os operadores da rede de proteção imaginam que **a retirada dos filhos de casa é, de certo modo, 'um susto' para que a família mude a sua conduta**²¹ (MOREIRA, 2014, p. 32, grifo nosso).

Retirar os filhos com estratégia de “susto” para a mudança do comportamento das famílias compromete veementemente o princípio da convivência familiar e

²¹ Este aspecto também ficou evidenciado em estudo de Menandro e Uliana (2015).

comunitária, um direito assegurado por legislações nacionais e internacionais. A mais antiga delas é a Declaração Universal dos Direitos da Criança (UNICEF, 1959, p. 1), no qual se lê: “sempre que possível, [a criança] deverá crescer com o amparo e sob a responsabilidade de seus pais; [...] salvo circunstâncias excepcionais, não se deverá separar a criança de tenra idade de sua mãe”.

Na Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, da qual o Brasil se tornou signatário em 1990, lê-se:

Os Estados Partes deverão zelar para que a criança não seja separada dos pais contra a vontade dos mesmos, exceto quando, sujeita à revisão judicial, as autoridades competentes determinarem, em conformidade com a lei e os procedimentos legais cabíveis, que tal separação é necessária ao interesse maior da criança (Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989, p. 8).

A Convenção, assim, traz dupla dimensão: a do direito da criança a crescer junto de seus pais e a dos operadores de Justiça determinarem quando e por que isto não é possível.

No Brasil, o princípio da convivência familiar e comunitária constitui uma das bases do ECA (BRASIL, 1990). Apesar disso, seu Art. 19, que abre o capítulo “Do direito à convivência familiar e comunitária”, até 2016, continha a expressa menção de que o exercício do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes deveria se dar em “[...] ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes” (BRASIL, 1990, sem paginação). Até aquele ano, muitos dos acolhimentos institucionais dos filhos de mulheres usuárias de drogas ocorriam sob a justificativa deste artigo.

A Lei 13.257/ 2016, conhecida como “Marco Legal da Primeira Infância” (BRASIL, 2016), no entanto, alterou o referido artigo, dando a ele a seguinte redação: “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, sem paginação).

Digiácomo (2016) considera que a alteração da Lei evita distorções na sua interpretação e aplicação, diminuindo o risco do afastamento sistemático de crianças e adolescentes de suas famílias. Nós entendemos, no entanto, que nenhuma Lei

pode garantir isto porque a prática de acolhimento institucional no Brasil está arraigada a uma profunda concepção de incapacidade das famílias pobres para cuidarem dos seus filhos.

Do ponto de vista legal, desde o ECA, em seu Art. 23, que a pobreza não constitui motivo suficiente para a perda ou suspensão do poder familiar. No entanto, as justificativas para o ato aparecem travestidas por desrespeito aos direitos, negligência, situação de risco, entre outros; mas são sempre as famílias pobres os alvos da intervenção estatal (NASCIMENTO, 2012).

Fávero (2007) afirma que, com a instituição do ECA, buscou-se garantir direitos fundamentais e sociais a todas as crianças e adolescentes, independentemente da classe social a que pertencem. Todavia, para a autora, “a Justiça da Infância e Juventude continua especializada no controle das particularidades da questão social e a pobreza continua como paisagem ou pano de fundo das ações que aí tramitam” (FÁVERO, 2007, p. 54). Isso porque a quase totalidade do contingente populacional que demanda os serviços judiciais na área da infância e juventude é aquela de baixa ou nenhuma renda e que sobrevive com problemas no atendimento de suas necessidades básicas, como alimentação, habitação, saúde, educação, lazer e segurança (FÁVERO, 2007). Assim, ainda que o afastamento da criança de sua família não se dê explicitamente por causa das condições de pobreza, em muitas situações essa ruptura tem na sua origem a condição vivida pelos genitores sobre os quais há a aplicação da medida (FÁVERO, 2007):

O ato da retirada, do abandono ou da entrega da criança em decorrência da ausência de condições [para criá-la] constitui-se em violência visível, mas esconde o sistema de opressão e exploração político-econômico que a construiu (FÁVERO, 2007, p. 17)

Vemos aqui o que Behring e Boschetti (2007, p. 77) chamaram de “incongruência entre as normas legais e as normas práticas”. Para as autoras:

A distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação persiste até os dias de hoje. Tem-se também uma forte instabilidade dos direitos sociais, denotando sua fragilidade, que acompanha uma espécie de instabilidade institucional e política permanente, com dificuldades de configurar pactos mais duradouros e inscrever direitos inalienáveis (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 79).

Considerando que a perda dos filhos não está simplesmente ligada ao consumo de drogas, mas atrelada à condição de pobreza e à falta de suporte familiar e social²², entendemos que o Estado tem importante papel de assegurar os direitos das crianças e adolescentes, conforme previsto no Art. 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), oferecendo às famílias políticas sociais que oportunizem os cuidados de seus membros.

As questões aqui levantadas não visam ao julgamento da prática de acolhimento institucional. No entanto, “[...] a problematização se faz em torno do abrigamento como salvação, como caminho único para famílias pobres, quando se destinam recursos apenas para o abrigamento e não para outras possibilidades” (NASCIMENTO, 2012, p. 43).

Por esta perspectiva, o princípio da convivência familiar e comunitária previsto no ECA (BRASIL, 1990), e reafirmado no Marco da Primeira Infância (BRASIL, 2016), encontra-se comprometido pela equivocada concepção de que “*Não são os pais que necessitam de recursos para cuidarem de seus filhos, mas são os filhos que necessitam de recursos, uma vez que seus pais são incapazes de protegê-los e educá-los*” (MIOTO, 2008, p. 52, destaque da autora). Esta inversão parece ser o que vem ocorrendo com as mães usuárias de drogas que tiveram os filhos acolhidos, objeto do nosso estudo. Ou seja, ao falar em proteção aos filhos, não se fala na desproteção em que se encontram as mães e suas famílias.

A partir de 2015, no entanto, fatos novos pareceram reafirmar o reconhecimento de que cabe ao Estado brasileiro prover condições para que essas mães permaneçam com seus filhos. Em setembro daquele ano, o Ministério da Saúde editou uma Nota Técnica Conjunta das Secretarias de Atenção à Saúde e da Secretaria de Gestão Estratégica (BRASIL, 2015), na qual se definiam diretrizes e fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de *crack*/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

Em Maio de 2016 houve outra Nota Técnica Conjunta, desta vez dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2016). Este documento, direcionado, especialmente, aos gestores e profissionais de saúde e de

²² Aspecto apontado em estudo de Menandro e Uliana (2015)

assistência social, reconhece o protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na atenção integral às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de *crack*/outras drogas e seus filhos recém nascidos, definindo diretrizes e fluxo para tal.

Em outubro de 2016 o Plenário do Conselho Nacional de Saúde também se manifestou sobre a questão, fazendo a seguinte recomendação ao Ministério Público Federal:

[...] que **interceda junto ao Poder Judiciário** no sentido da propositura de **medidas cabíveis** que visem garantir a **permanência das mães** em situação de rua e/ou usuárias de álcool, *crack*/outras drogas **junto de seus bebês sempre que possível**, e caso tenha necessidade de se promover a separação compulsória da mãe e bebê, que a mesma não ocorra sem antes esgotar todas as possibilidades de fortalecimento do vínculo familiar e sem considerar a **proteção integral da mãe e do bebê juntos** (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016, grifos nossos).

Em Outubro de 2017 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) emitiu uma Nota Pública reconhecendo a qualidade técnica do documento emitido conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e repudiando “a retirada compulsória de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas” (CONANDA, 2017, sem paginação). No documento se lê:

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do adolescente (CONANDA) [...] vem a público **repudiar toda e qualquer medida do sistema de garantia de direitos que autorize a retirada compulsória de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas** [...] por entender que tal medida trata-se única e exclusivamente de um ato discriminatório, desproporcional, desnecessário e que, ao contrário do que se propõe, viola os direitos das crianças e adolescentes estabelecidos na LEI 8.069/1990 (CONANDA, 2017, sem paginação, grifos nossos).

Esses documentos vieram em resposta a várias iniciativas de determinação judicial, endereçadas aos Serviços de Saúde, de acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres em situação e rua e/ou usuárias de *crack*/outras drogas em diversos Estados do Brasil, como Minas Gerais, Santa Catarina e Espírito Santo.

Em suma, os documentos ratificam que as mulheres têm o direito de decidir permanecer com seus filhos e cabe ao Estado prover condições para tal:

A não submissão de mulheres que exercem o direito de escolher fazer uso de álcool e outras drogas aos cuidados em saúde e às intervenções judiciais, ainda que gestantes ou nutrizes, não pode interferir no seu direito

de permanecer ou não com seus(suas) filhos(as). [...] Constitui violação de direitos humanos recomendar que o acesso à saúde e a garantia da convivência familiar serão assegurados somente mediante a escolha forçada de não estar mais nas ruas e/ou em uso de drogas (BRASIL, 2015, p. 7).

Na prática, eles preveem uma série de ações a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde e assistência social, reafirmando a necessidade de medidas integradas e articuladas envolvendo vários setores (saúde, assistência social, segurança pública, conselhos, representações da população de rua e outros), de modo a garantir os direitos fundamentais das mulheres usuárias de *crack*/outras drogas e/ou em situação de rua e seus filhos recém nascidos. Em um deles se lê: “Nenhuma situação justifica a separação da mãe e seu(sua) filho(a) ou a organização de casas de apoio distintas para as crianças e outra para as mães” (BRASIL, 2015, p. 11).

Não há consenso, no entanto, em relação às posições manifestados nos documentos. Em fevereiro de 2016, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro publicou uma série de considerações sobre a Nota Técnica Conjunta emitida pelo Ministério da Saúde em 2015. Entre elas, a de que

[...] o direito de permanecer ou não com seu(sua) filho(a), independentemente de sua escolha de fazer uso de álcool e outras drogas e permanecer nas ruas, **não é absoluto**, encontrando limitação nos direitos fundamentais da criança, que devem ser assegurados com absoluta prioridade, conforme previsto no artigo 227, da Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2016, p. 3, grifo do autor).

Consideramos que a tomada de posição dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Conselho Nacional de Saúde e do CONANDA, apesar de não inibirem a prática de acolhimento institucional dos filhos de mulheres usuárias de drogas, permitiu o debate entre concepções político-ideológicas divergentes e mostrou que é preciso aprofundar a discussão. Sobre este debate perpassam discussões sobre políticas sobre drogas, pobreza, concepções de família e maternidade, mas principalmente, sobre o papel do Estado na garantia da proteção social e como essa proteção tem sido negada às mulheres pobres usuárias de drogas.

Essa combinação mulher-droga requer problematização.

3.4 – POLÍTICAS SOBRE DROGAS E SEUS IMPACTOS SOBRE AS MULHERES USUÁRIAS

Neste item discutimos a política sobre droga e seus impactos na vida dos sujeitos, especialmente aqueles (e aquelas) que fazem uso de *crack*.

Segundo Bertolote (2006),

O crack ou 'pedra' é uma cocaína alcaloidal (básica), um composto amorfo que pode conter cristais de cloreto de sódio. É um composto de coloração bege. Crack refere-se ao som de estalido provocado quando o composto é aquecido. Um efeito intenso ocorre de 4 a 6 segundos após a inalação do crack. Um sentimento de exaltação e de desaparecimento de ansiedade é vivenciado, junto com um exagerado sentimento de confiança e auto-estima (BERTOLOTE, 2006, p.42).

O *crack* é preparado a partir dos restos de cocaína. Segundo Souza (2015), inicialmente, essa derivação para a produção do *crack* surgiu da ausência de algumas substâncias necessárias ao refinamento da cocaína em "pó". Por isso o *crack* é um derivado da cocaína, que é usado na forma fumada. Além de promover um aproveitamento dos insumos, destaca-se a sua importância em atender outro nicho de consumidores, já que é ofertado por um preço baixo.

Destaca-se ainda que, além do preço do *crack* ser inferior ao da cocaína, ele exige menores quantidades de pasta base à produção. Cavalcanti e Vieira (2011) afirmam que os produtores costumam adicionar outras substâncias, como solventes e pó de mármore ou talco para baratear o custo da produção. O próprio nome, segundo os autores, deriva da adição de bicarbonato de sódio durante a produção, o que endurece a pasta de cocaína e ela se parte em pequenas pedras, emitindo um estalido parecido com o nome, "*crack*".

A disseminação da droga ocorreu nos Estados Unidos na década de 1980, nos bairros periféricos habitados predominantemente por afroamericanos e latinos em Nova York, Los Angeles e Miami. Inicialmente, a elaboração, distribuição e consumo se deram de forma caseira e simples, mas seu uso se disseminou devido ao preço e à magnitude dos efeitos (CARAVACA, 2014). No Brasil, a droga teria chegado em 1988, tendo sido primeiro identificada em bairros de grande circulação de pessoas da cidade de São Paulo (CARAVACA, 2014).

Em 2010 a droga ganhou destaque no panorama político-midiático com o *status* de epidemia (CARAVACA, 2014). Jornalistas, lideranças políticas e religiosas não tiveram dificuldades em encontrar especialistas, que com o apoio das mídias, corroboravam preconceitos repetidos à exaustão. Entre eles o de que a “[...] experimentação leva a imediata compulsão e de que esta forma de uso é a única possível” (ALVES, 2015, p.1).

Nas campanhas de prevenção ao uso da droga que se seguiram, o sujeito usuário de *crack* é apresentado como “[...] figura monstruosa e perigosa, capaz de prejudicar e/ou fazer sofrer as pessoas que o cercam” (PETUCO, 2011, p. 9).

Acerca da influência da mídia, Macedo, Roso e Lara (2015) afirmam que a constante midiaticização conferida à questão do *crack*, a partir de uma visão parcializada e imediatista que provoca a sensação de insegurança geral, resultam em medidas autoritárias e higienistas por parte do Estado:

A constante midiaticização conferida à questão do crack influencia o panorama político, que reverbera nos modos de cuidado e atenção à saúde de pessoas que fazem uso de crack. No atual cenário brasileiro, encontramos-nos em um período de incentivo a medidas autoritárias e higienistas como a internação compulsória, que se inscreve no movimento conservador oposto à proposta da reforma psiquiátrica em curso no país. Assim, muitas ações que visam à internação involuntária ou compulsória de pessoas que fazem uso de drogas buscam seu ‘fundamento de realidade’ na força das imagens, veiculadas pela mídia nacional das ‘cracolândias’, cenas de degradação humana exibidas como ‘prova irrefutável’ da necessidade das intervenções proibicionistas e segregadoras (MACEDO; ROSO; LARA, 2015, p. 1286).

De fato, Vasconcelos (2012) afirma que a resposta política de diversos municípios do país, a partir de 2011, tendo como principais exemplos Rio de Janeiro e São Paulo, tem claro caráter higienista e de limpeza urbana, principalmente nas “cracolândias” localizadas nas áreas nobres e turísticas das cidades²³. O autor adverte que, em muitos casos, é preciso reconhecer o *lobby* feito por serviços tradicionais de internação em unidades psiquiátricas e comunidades terapêuticas. Trata-se de um vigoroso processo de disputa pelo fundo público, que inúmeras vezes mobilizou a justiça brasileira, através de encaminhamentos judiciais determinando internações compulsórias nos serviços públicos existentes, mas

²³ Como o caso da chamada “cracolândia” em São Paulo

principalmente, nas comunidades terapêuticas. Sobre isto, Lima e Tavares (2012) afirmam:

Diante da suposta “epidemia do crack”, há um discurso de autoridades eleitas e de especialistas da área sem tradição de políticas públicas, que se sentem justificados para propor intervenções imediatas, urgentes, sob a defesa do modelo monoterapêutico da internação, sem declarar outros interesses velados (LIMA, TAVARES, 2012, p. 20).

Por “interesses velados” entenda-se lucro. Garcia (2014) apurou que entre os anos de 2011 e 2013 as internações compulsórias determinadas pelo Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo cresceram 9.000 vezes. Dos recursos gastos entre os anos de 2011 e 2014, 71% foram para clínicas psiquiátricas privadas e 29% para Comunidades Terapêuticas religiosas. Apenas no primeiro semestre de 2014, os recursos gastos com essas internações foram da ordem de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais), evidenciando “o lucro possível de ser obtido nesse campo da prestação de serviços assistenciais ao dependente químico” (GARCIA, 2014, p. 6).

Na esfera federal, Vasconcelos (2012) afirma que se tem uma queda de braços entre duas linhas diferentes de atuação: por um lado, o Ministério da Saúde atua na perspectiva de uma política de saúde mental inspirada no processo da Reforma Psiquiátrica²⁴ e em estratégias de redução de danos. Por outro lado, a área de segurança pública, com o apoio de setores mais convencionais da Psiquiatria, que

[...] insistem que a prioridade e o centro da política deve estar no financiamento à oferta maciça de dispositivos de internação prolongada capazes de induzir a abstinência, incluindo as comunidades terapêuticas e as internações involuntárias em hospitais psiquiátricos ou unidades especializadas (VASCONCELOS, 2012, p. 175).

No âmbito da saúde pública, em 2002, o Ministério da Saúde publicou portaria (GM/MS nº 336) definindo diretrizes e normas para organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica - os CAPS ad (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas): serviços ambulatoriais de atenção diária para pacientes com transtornos

²⁴ Segundo Souza e Garcia (2008, p. 200), o processo de Reforma Psiquiátrica, legitimado no Brasil pela Lei 10.216, busca a superação do modelo de assistência centrado no Hospital e resultou de uma eclosão de esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Ainda segundo as autoras, a referida Lei foi uma primeira medida que reconheceu a condição de sujeito de direito dos portadores de transtornos mentais, em consonância com a resolução 46/110 da Organização Mundial de Saúde, de 1991.

decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas (NASCIMENTO; GARCIA, 2011, p.288).

Visando ampliar a rede de atendimento extra-hospitalar em 2003 o Ministério da Saúde instituiu a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD):

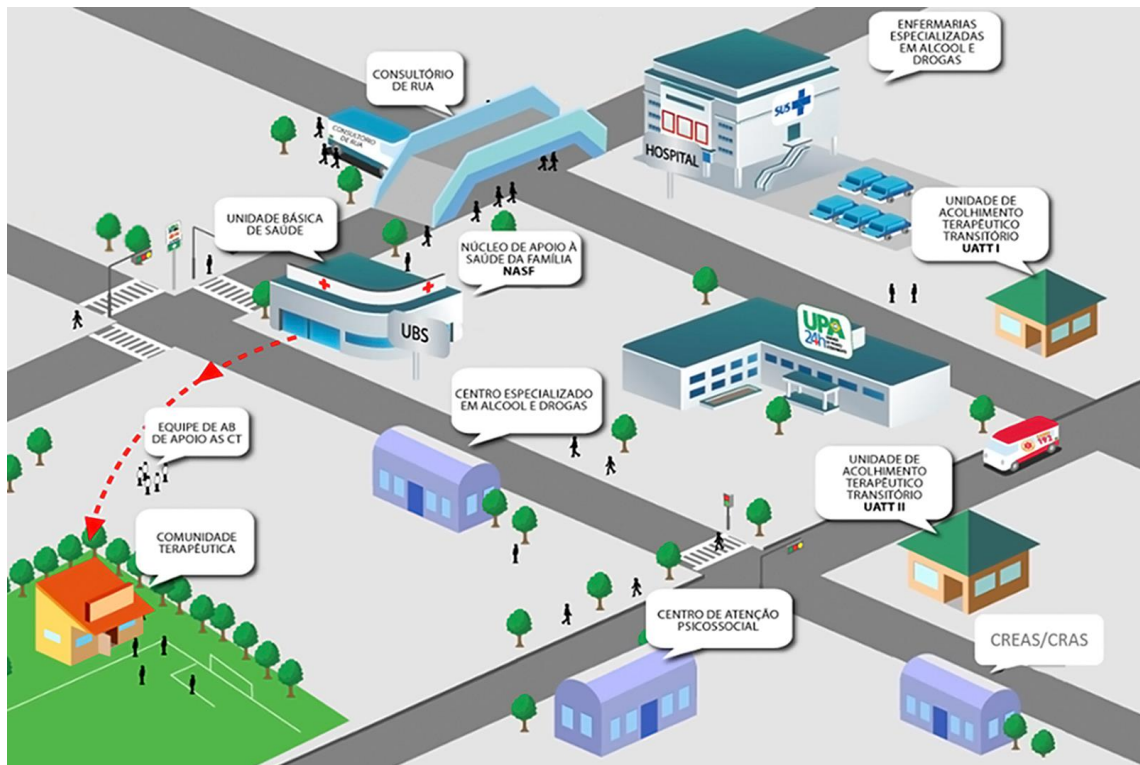
A PAIUAD orienta-se pela busca da garantia dos direitos dos usuários de álcool e outras drogas, seja respeitando suas escolhas individuais (consumir ou não drogas), seja prevenindo danos individuais e/ou coletivos. Tal política não está focada na abstinência (uma vez que a escolha por consumir ou não se encontra no âmbito individual) e sim na estratégia de redução de danos (possibilitando ao indivíduo o acesso a informações e orientações sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas) (NASCIMENTO; GARCIA, 2011, p.288).

Oliveira (2017) lembra que até 2010 não havia ação orçamentária definida para o enfrentamento às drogas na política de saúde mental no Brasil. Segundo a autora, isto muda com a visibilidade dada pela mídia ao tema das drogas, especialmente o *crack*, que vai tomando relevância no cenário político e centralidade na política de saúde mental, chegando a ser tema da campanha presidencial de 2010.

Sob influência deste cenário, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, (BRASIL, 2011). A RAPS tem como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, que ganha centralidade na discussão dos casos.

Segundo a supracitada Portaria, compõem a Rede de Atenção Psicossocial: a atenção básica em saúde (Unidades de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, Consultórios na Rua), as Unidades de Acolhimento, a atenção psicossocial especializada (formada pelos CAPS); a atenção de urgência e emergência; a atenção residencial de caráter transitório; a atenção hospitalar; as estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). A figura a seguir representa os serviços que compõem a RAPS, tal como ela foi idealizada:

Figura 2 - Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: marcozero.org. Disponível em www.marcozero.org/a-rede-de-atencao-psicossocial, 2017.

Nos anos de 2010 e 2011 temos os lançamentos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179/ 2010 (BRASIL, 2010), e do Programa Crack, É Possível Vencer, nos Governos Lula e Dilma, respectivamente. Ambos trazem em seus objetivos duas frentes de atuação: a prevenção ao uso, o tratamento e a reinserção social de usuários e o enfrentamento ao tráfico de substâncias ilícitas, com especial destaque para o *crack*.

Essas iniciativas elegerem uma substância específica, deslocando o olhar do sujeito para a substância-objeto, sem considerar o nível de complexidade que o uso de drogas implica, como as condições sociais dos sujeitos que se ligam a essa substância e as políticas públicas voltadas para esses sujeitos (RASCH, 2014).

Garcia (2016) lembra que se tivéssemos aprendido com a história de “epidemias” de uso de drogas no mundo, o Estado e a sociedade brasileira teriam respondido de outra maneira. Segundo o autor, durante as décadas de 1980 e 1990, os Estados Unidos também viveram as consequências de uma “epidemia”. Mitos sobre a destrutividade do *crack* ganharam a imprensa e a sociedade. Esses mitos

influenciaram políticas públicas fazendo com que, por exemplo, a legislação dos EUA punisse com penas muito mais severas quem portasse *crack* do que quem portasse cocaína, que são essencialmente a mesma droga (GARCIA, 2016).

O autor ressalta que a diferença não estava na droga, mas em **quem** fazia uso de uma (cocaína) e outra (*crack*):

O uso de crack nos EUA foi muito maior entre negros e latinos do que entre a população branca. As leis que punem com maior rigor usuários de crack, só recentemente atenuadas, contribuíram para acentuar a desproporção entre negros e brancos na população carcerária daquele país, e mudaram para sempre a vida de centenas de milhares de cidadãos, em sua maioria jovens, negros e pobres (GARCIA, 2016, p. 12).

Importa destacar que este processo ocorreu enquanto o mundo ocidental vivia o desmoronamento do Estado de Bem-Estar Social e o avanço do ideário neoliberal, com ênfase na precarização e flexibilização das relações de trabalho (CASTEL, 1999) e na diminuição das atribuições protetivas do Estado, articulada à ampliação dos investimentos em repressão.

Tratando dos EUA, Wacquant (2007) afirma:

Esse *Estado-centauro*, guiado por uma cabeça liberal, montada num corpo autoritário, aplica a doutrina de *laissez-faire et laissez-passer* a montante, em relação às desigualdades sociais, aos mecanismos que as geram (o livre jogo do capital, desrespeito do direito do trabalho e desregulamentação do emprego, retração ou remoção das proteções coletivas), mas mostra-se brutalmente paternalista e punitivo a jusante, quando se trata de administrar suas consequências no nível cotidiano (WACQUANT, 2007, p. 88-89).

Wacquant (2007, p. 89) ressalta que nos EUA “[...] a redução do setor de bem-estar social do Estado e o concomitante incremento do seu braço penal são funcionalmente articulados, como se fossem dois lados da mesma moeda”.

Albuquerque, Azevedo e Nobre (2016) consideram que, da mesma forma que o proibicionismo funcionou como um mecanismo discriminatório nos EUA, justificando medidas de exceção para determinadas minorias étnicas, no Brasil, ele tem a mesma funcionalidade, isto é, a intervenção na questão social por meio do controle e da repressão às classes subalternizadas (COIMBRA; NASCIMENTO, 2005).

Martins e Santos (2016) defendem a existência de uma questão étnico-racial no Brasil. Segundo os autores, as desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista ganharam contornos peculiares no Brasil porque foram “gestadas,

desenvolvidas e aprofundadas entrelaçadas ao racismo que está impregnado na estrutura econômica, política e cultural do país” (MARTINS; SANTOS, 2016, p. 51). De fato, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007) informa que os negros representam 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre do país, enquanto os brancos representam 35% da população pobre e 30% dos extremamente pobres. Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio - PNAD (IBGE, 2016), mostram que enquanto a taxa de analfabetismo é de 4,2% entre os brancos, entre os pardos e negros ela sobe para 9,9%. A taxa de desocupação, por sua vez, é de 14,5% entre os pardos e 13,6% entre os pretos, enquanto que entre os brancos é de 9,5%. De acordo com a PNAD, pretos e pardos também ficam em desvantagem com relação a rendimentos médios: enquanto, brancos recebem R\$ 2,814,00, pardos e pretos recebem, respectivamente, R\$ 1606,00 e R\$ 1570,00. Por estes dados pode-se perceber que por aqui a questão social encontra-se impregnada de determinações raciais.

As respostas do Estado brasileiro a esta questão (social) étnico-racial tem assumido duas direções centrais: o controle dos pobres via repressão policial e o controle dos pobres via políticas minimalistas, principalmente através dos programas de transferência de renda (MARTINS; SANTOS, 2016).

A resposta via repressão se faz evidente pelo encarceramento e homicídio como respostas oferecidas pelo Estado ao enfrentamento da questão (social) étnico-racial. De fato, dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN)²⁵ trazem a constatação da seletividade penal a que a população negra está submetida: enquanto 53% da população brasileira se declara negra, 64% dos 726 mil presos no sistema penitenciário nacional são negros. Além disso, Oliveira, Santos e Lima (1998), mostram, a partir de um estudo no banco de dados do Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH), que a polícia brasileira, braço armado do Estado, mata três vezes mais negros do que brancos. Dados mais recentes demonstram que esta realidade não dá sinais de mudança. Segundo reportagem da Revista Exame, publicada em dezembro de 2017, entre os anos de 2015 e 2016, a polícia matou mais que o triplo de negros do que brancos. Foram

²⁵ Disponível em: <www.cartacapital.com.br/sociedade/no-brasil-64-dos-presos-sao-negros>. Acesso em: 22 nov. 2018.

3240 mortes de negros praticadas por policiais de folga ou em serviço, contra 963 mortes de brancos nas mesmas condições²⁶.

A resposta via políticas minimalistas pode ser comprovada pela dimensão do Programa Bolsa Família (PBF), cujos beneficiários são 70% negros (MARTINS, SANTOS, 2016). O PBF, criado pela Lei 10.836/2004, é um programa de transferência de renda com condicionalidades²⁷ destinado a famílias pobres (com renda mensal per capita de R\$ 89,01 a R\$ 178,00) e extremamente pobres (com renda mensal per capita de até R\$ 89,00²⁸).

Segundo Martins e Santos (2016), programas de transferência de renda com caráter seletivo e focalista, como o Bolsa Família, são guiados pela lógica do imediatismo e do alcance mínimo. Em tempos de reestruturação produtiva, globalização e contrarreforma do Estado, esses programas passam, em substituição ao trabalho assalariado, a responder ao aprofundamento das expressões da questão social (MARTINS; SANTOS, 2016).

Questão social que se evidencia nos dados de um estudo idealizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), realizado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2013)²⁹, sobre o perfil da população usuária de *crack* e outras formas similares da cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) no Brasil. A pesquisa evidenciou que os usuários de *crack* no país compõem o segmento negro e pauperizado da população: oito em cada dez são negros; oito em

²⁶ Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/numero-de-negros-mortos-por-policiais-e-o-triplo-do-de-brancos/>> Acesso em 06 dez. 2018.

²⁷ As condicionalidades dizem respeito a exigências que precisam ser observadas pelos beneficiários em duas áreas: saúde e educação. Na área da educação, a condicionalidade consiste na exigência de frequência escolar de 85% para crianças com idade entre 6 e 15 anos em estabelecimento regular de ensino e de 75% de frequência para adoltescentescomidade entre 16 e 17 anos. Na saúde, as famílias beneficiárias assumem o compromisso de acompanhar o cartão de vacinas, bem como o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. As mulheres na faixa etária de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento do próprio cartão de vacinas e, se gestantes, devem realizar o pré-natal (BRASIL, 2013).

²⁸ Em agosto de 2018, foram beneficiadas 13.951.980 famílias pelo Programa no Brasil, com valor médio do benefício de R\$ 188, 16²⁸. Este número representa 86%²⁸ das famílias pobres e extremamente pobres inscritas no CadÚnico.

²⁹ Importante ressaltar que o método utilizado neste estudo, denominado Network Scale-upMethod (NSUM), é estimativo, pois sua abordagem é indireta, ou seja, não se pergunta ao entrevistado diretamente sobre o seu próprio comportamento, mas sobre o comportamento de outros indivíduos pertencentes à sua rede de contatos. Portanto, a pesquisa apresenta limites em termos de estudo epidemiológico.

cada dez não chegaram ao Ensino Médio; 40% vivem em situação de rua e 49% passaram pelo sistema prisional (FIOCRUZ, 2013). O estudo revelou ainda que 80% dos usuários regulares de *crack* são homens, com faixa etária entre 20 e 30 anos de idade e com tempo médio de uso da droga de 6,5 anos.

Segundo a pesquisa, a prevalência do uso regular de *crack* é de 0,8% da população adulta. Garcia (2016, p. 13) destaca que “[...] tal dado é preocupante, mas muito distante das prevalências estimadas de dependência do álcool, de oito a quinze vezes maiores”.

Conforme revelou a pesquisa supracitada, a situação das mulheres usuárias regulares de *crack* se agrava por outros fatores: cerca de 10% relataram estarem grávidas no momento da entrevista; mais de 50% das mulheres já havia engravidado ao menos uma vez desde que iniciou o uso do *crack*/similares; o tempo de uso das mulheres é menor do que o dos homens, 72.8 meses e 83.9 meses respectivamente; no entanto, o número de pedras usadas/dia é maior entre as mulheres (20) do que entre os homens (13); 44,5% das mulheres usuárias de *crack* relataram já ter sofrido violência sexual na vida; 29,9% das mulheres recebem dinheiro ou drogas em troca de sexo. Considerando homens e mulheres, este número cai para 7,5%.

Chamamos a atenção para esses dados que se referem às mulheres para dizer que ainda não se tem atenção e cuidados singulares às usuárias de drogas, especialmente de *crack*:

A heterogeneidade de pessoas usuárias de drogas é consenso na literatura, contudo ainda há uma tendência à homogeneização [...]. Mulheres com problemas de uso e abuso de drogas tem apresentado necessidades específicas, que nem sempre são reconhecidas e satisfeitas pelos serviços destinados à assistência de pessoas usuárias de drogas. Estas situações e necessidades, de um modo geral, estão associadas com: gravidez; responsabilidades nos cuidados com crianças; trabalho com sexo; traumas decorrentes de abuso físico e sexual na infância e/ou adolescência; o sistema judiciário; e, ainda, com níveis mais altos de problemas de saúde mental e crônica em relação aos homens (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006, p. 474).

De acordo com Bolzan (2015), mesmo que as políticas públicas sobre drogas contenham o termo gênero em seu texto, isso não significa que as mesmas

possuam a perspectiva de gênero no desenvolvimento de suas ações, deixando de explorá-la como um processo de construção social.

Segundo a autora, os padrões de masculino e feminino construídos social e historicamente definem a forma de uso das drogas, bem como a demanda por tratamento. A carga simbólica que tem o uso de drogas entre homens e mulheres é muito diferente. Para as mulheres é considerado um desvio, um afastamento do seu dever-ser. Já para os homens, é interpretado como uma atividade própria da sua identidade, quando não reconhecida como comprovação de virilidade (LEAL; CALDERON, 2017).

Segundo as autoras, o uso de drogas por mulheres tem socialmente um limite: “elas podem fazê-lo, mas com moderação. Permite-se um consumo controlado, sem transborde, que vele pela imagem da boa mulher” (LEAL; CALDERON, 2017, p. 135). Cabe às mulheres conter o uso dentro do que seja ‘apropriado’. Por este prisma, o problema do uso excessivo coloca-se no patamar da individualidade, podendo ser corrigido a partir da vontade. A falta desta vontade é condenável e considerada imperdoável (LEAL; CALDERON, 2017).

As mulheres que usam drogas estão mais expostas ao preconceito pelos papéis historicamente a atrelados a elas (mãe, esposa e cuidadora da família), atividades consideradas incompatíveis com o ato de consumir drogas. Em razão disso, muitas usam às escondidas (BOLZAN, 2015). Tomando por base a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (IBGE, 2013), temos que as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens. No entanto, elas o fazem em situações socialmente aceitáveis, como maternidade, pré-natal, exames ginecológicos, acompanhamento dos filhos, entre outras situações. No que se refere ao serviço de saúde focado na problemática do abuso de drogas, há uma tendência à masculinização dos serviços. Como consequência tem-se “uma [aparente] masculinização do uso de drogas, que se reflete nas intervenções dos profissionais, na própria organização dos serviços e que fomenta [...] a homogeneização da atenção em saúde” (BOLZAN, 2015, p. 92).

Segundo Bolzan (2015) a chegada das mulheres ao tratamento é marcada por “profundos sentimentos de desespero e dor. Envergonhadas, culpadas, elas buscam ajuda como se não tivessem o direito de fazê-lo” (BOLZAN, 2015, p. 108).

Para a autora, o tratamento deve se dirigir mais às questões relacionadas ao ser mulher do que à dependência propriamente dita. De fato, a falta de atenção às necessidades específicas das mulheres tem sido colocada como obstáculo ao processo de adesão ao tratamento. Nos Estados Unidos, Lester e Twomey (2008) identificaram que entre os fatores que contribuem para a baixa adesão de gestantes usuárias de drogas ao tratamento estão a falta de programas de assistência à infância, de programas de tratamento residencial que permitam que as crianças permaneçam com suas mães e de pessoal treinado para a abordagem. Por lá (como por aqui), muitas gestantes relutam em admitir o uso de drogas por medo de perderem a guarda de seus filhos (LESTER; TWOMEY, 2008).

Ainda nos Estados Unidos, Weisdorf et al (1999) verificaram que a prestação de serviços de assistência às crianças contribui significativamente para a adesão ao tratamento de gestantes usuárias de drogas. Segundo os autores, sem ter que se preocupar com a segurança de seus filhos, as mulheres se envolvem melhor no tratamento.

Tanto naquele país quanto no Brasil, muitas mulheres usuárias de drogas se sentem discriminadas e não apoiadas quando procuram a rede de serviços, especialmente da saúde (KASSADA; MARCAN; WAIDMAN, 2014). Talvez em parte isto justifique a falta de adesão a tratamentos, como pré-natal, por exemplo (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015). A falta de acompanhamento da gravidez e de cuidados consigo, atribuídos como fatos de inteira responsabilidade da mulher, não raro têm sido apontados como argumentos que justificam o acolhimento institucional dos filhos de usuárias de *crack* ainda nas maternidades.

A realização do pré-natal em gestantes usuárias de drogas tem especial relevância devido ao risco biológico de exposição do feto às substâncias psicoativas. Em relação ao *crack*, mais especificamente, existem muitos estudos sobre os seus efeitos na gestação e possíveis consequências para a mãe e para o bebê. Grande parte destes estudos (YAMAGUCHI et al., 2008; SILVA; PIRES; GOUVEIA, 2015; MARANGONI; OLIVEIRA, 2012) apontam que a exposição de mulheres durante a gestação a substâncias psicoativas, especialmente a cocaína, da qual o *crack* é derivado, aumenta a possibilidade de partos prematuros, descolamento prévio de placenta, retardo do crescimento uterino, baixo peso ao nascer, má formação do

trato urinário, possíveis prejuízos no desenvolvimento neurológico, sensorial, motor e comportamental da criança, além de aborto espontâneo e morte súbita do recém-nascido. Por todos estes riscos, é de suma importância que a Rede de Atenção Psicossocial se articule para prestar assistência integral às mulheres usuárias de drogas, especialmente em momentos de gravidez.

Sem negar as evidências supracitadas, Arendt, Minnes e Singer (1996) chamam a atenção para a dificuldade metodológica dos estudos de atribuírem os efeitos negativos relatados somente à cocaína e seus derivados, tendo em vista que a maioria das amostras estudadas eram de mulheres usuárias de múltiplas drogas, como álcool e tabaco, que podem confundir seus efeitos. Soma-se a isto fatores como pobreza, má nutrição, infecções, falta de cuidados pré-natal que também interferem na possibilidade de considerar os efeitos da droga isoladamente.

Assim, podemos considerar que as particularidades do uso de drogas por mulheres trazem em si três dimensões: a necessidade serviços públicos ofertados pelo Estado atentos e disponíveis para atenderem suas peculiaridades, estudos sobre os efeitos da droga para a mulher e o bebê com metodologias mais abrangentes e reflexões que ampliem as perspectivas de gênero, etnia e classe social. Este trabalho está contido nesta última dimensão. Esperamos que os dados apresentados a seguir contribuam no sentido de ampliá-la.

4. QUEM SÃO AS MULHERES CUJOS FILHOS SÃO RETIRADOS?

“Já que se há de escrever... que ao menos não se esmaguem com palavras as entrelinhas” (Clarice Lispector).

Com a provocação de Lispector, nosso esforço intelectual aqui é não esmagar com palavras as incontáveis entrelinhas presentes nos documentos e nas histórias das mulheres, de seus filhos, de suas famílias e dos técnicos envolvidos nos processos que iremos aqui analisar. As linhas e entrelinhas contam histórias de mulheres – mães, avós, irmãs, tias, primas – confrontadas com o papel de cuidar de outrem – nesse caso, os recém-nascidos. Mas, há também o estranhamento nas linhas e entrelinhas da quase completa ausência masculina. Aqui a máxima que organiza essas histórias é “cuidar é coisa de mulher!” Repete-se aqui aquilo que nossa revisão bibliográfica tão bem destacou.

Nossa análise está organizada em três eixos: perfil das mulheres, informações sobre o acompanhamento dos serviços públicos do Município e dados dos processos judiciais.

No primeiro eixo, recontamos parte da história das mulheres participantes da pesquisa e traçamos o seu perfil. Em suas histórias um aspecto chama a atenção: a multiparidade. Essa é uma característica das mulheres usuárias de *crack*. Dados da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (JALIL et al, 2014) mostram que o número médio de gestações das mulheres usuárias de *crack* no país é de 3,82 gestações por mulher. Em nossa pesquisa a média de gestações foi próxima a este dado – 4,4 por mulher -, bem superior à média do número de filhos das mulheres em geral, que é de 1,9 filho por mulher (IBGE, 2010).

É recorrente também a experiência anterior de perda da guarda dos filhos, seja por decisão judicial ou não. Dos 15 casos analisados, em 11 as mulheres não mantinham os filhos havidos anteriormente consigo. Apenas 2 mantinham. Em dois outros casos tratava-se da primeira gestação.

Outro aspecto foi a ocorrência de mulheres que, em condições precárias de existência – em muitos casos em situação de rua – praticaram relações sexuais desprotegidas. Esse dado pode ser constatado pela condição de saúde dos bebês: 9 dos 17 bebês foram expostos a infecções sexualmente transmissíveis na gravidez (7 foram submetidos ao tratamento de sífilis logo após o nascimento e dois foram

expostos ao HIV, sendo um deles exposto à sífilis simultaneamente). A falta do uso ou o uso inconsistente de preservativos expôs essas mulheres ao risco de contaminação pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.

A relação das mulheres com as drogas foi constante nas histórias registradas. Em 12 dos 15 casos elas admitiram terem usado drogas durante a gestação, quando questionadas sobre padrão de consumo de substâncias psicoativas no ato da internação na Maternidade. Tal como destacado por Stone (2015), elas admitem o uso por terem receio de que sonegar esta informação possa incorrer em maiores riscos à saúde do bebê, resistindo à narrativa de que são mães egoístas e despreocupadas. Elas também o fazem com esperança de que sua honestidade possa ser apreciada pelos profissionais.

Das três mulheres que negaram, duas tiveram o uso confirmado por familiares que acompanharam a internação. Aqui, o que é e quem detém a verdade é um aspecto a ser problematizado. A assertiva das mulheres será cotejada pelas informações ofertadas pelos familiares/acompanhantes e por outros serviços por onde a mulher passou. De todo esse processo, o argumento seria de que a presença ou ausência do uso poderia ser um preditivo favorável ou desfavorável à manutenção ou perda da guarda.

A ausência do uso de substâncias psicoativas não representa, entretanto, garantia de que a criança não será acolhida. Prova disto é o caso de Amália, uma das mulheres da nossa pesquisa que, tendo a abstinência confirmada pela família, teve o bebê acolhido em decorrência de seu “histórico uso de *crack*”.

Introduzidas, é hora de dar vida às histórias das mulheres.

4.1 – HISTÓRIAS QUE PRECISAM SER CONTADAS

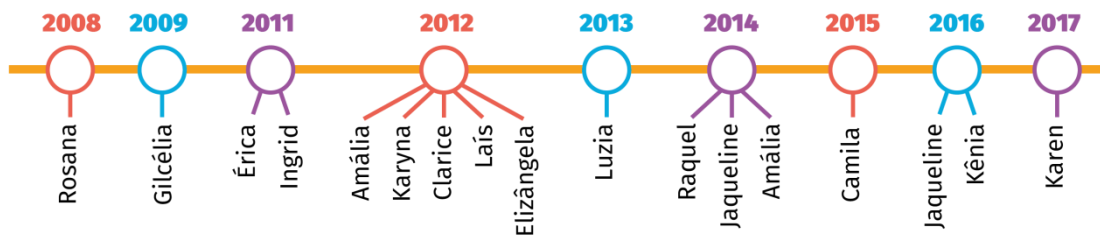
“Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido” (Clarice Lispector).

Neste tópico as 15 mulheres desta pesquisa são tratadas de maneira singularizada. Essas histórias entrecruzam as anotações do Serviço Social, os processos judiciais, os prontuários da rede municipal de saúde, dados da rede municipal de Assistência Social e, por fim, dados da Secretaria Municipal de Habitação. Por elas veremos que

existem “[...] singularidades que as aproximam, traduzidas nas precárias condições de vida, ainda que cada uma tenha sua história particular” (FÁVERO, 2007, p. 25).

Todos os nomes aqui usados são fictícios. Também foram suprimidas outras informações que pudessem identificar as pessoas citadas. As histórias serão contadas na ordem cronológica em que os acolhimentos aconteceram. A linha do tempo (Figura 3) mostra os acolhimentos segundo o ano em que ocorreram, bem como destaca os casos das duas mulheres que tiveram mais que um bebê acolhido desde o HUCAM, o que nos permitiu chegar ao número de 17 bebês, de 15 mulheres, acolhidos no período de 2008 a 2017. Como mostra a figura abaixo, Amália e Jaqueline tiveram mais de um bebê acolhido desde o HUCAM.

Figura 3 - A entrada das mulheres na Maternidade do HUCAM e o parto de seus filhos



Fonte: Elaboração própria, 2018

Cabe, por fim, esclarecer que em todos os casos, o Serviço Social foi responsável por acionar o Conselho Tutelar. Isso se deveu não só pela vigência ou não da Nota Recomendatória, mas em observância ao Art. 245 do ECA, que prevê com pena de multa os casos em que médicos, professores e responsáveis por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, deixam de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Como dissemos, nos casos de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas atendidas no HUCAM, a comunicação ao Conselho Tutelar se faz mediante presunção de risco para a criança, após avaliação do Serviço Social.

4.1.1- Rosana, uma história de contrastes

Rosana deu à luz em 2008 no HUCAM. Aos 27 anos, este era seu quinto filho. Não fez pré-natal e chegou ao Hospital trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em período expulsivo. O bebê precisou ser internado na UTI Neonatal, onde ficou por 29 dias com diagnósticos de **sífilis congênita e sepse**.

Rosana se declarou usuária de *crack*, tendo feito uso da droga durante toda a gestação. Fazia programas no Centro de Vitória. Relatou que seus filhos foram entregues aos cuidados dos avós paternos por decisão do Conselho Tutelar. Informou que o pai deste bebê estava preso e que seus familiares, o pai e as irmãs, moravam na Bahia. Ela não os via há cinco anos. Na ocasião do parto, Rosana não tinha os documentos pessoais, o que lhe impediu de registrar a criança.

Acionado pelo Serviço Social do Hospital, o Conselho Tutelar decidiu pelo acolhimento institucional do recém-nascido, com a justificativa de que a “genitora se encontra praticando **prostituição** na área do Parque Moscoso” (Relatório do Conselho Tutelar à Promotoria da Infância e Juventude).

Desde o acolhimento institucional do recém-nascido, a família materna, tão logo contatada pela equipe técnica da Vara da Infância, manifestou seu interesse em receber a criança e dela cuidar. A irmã de Rosana providenciou a 2ª Via da Certidão de Nascimento da genitora que foi utilizada para a emissão da certidão da criança. Ela também ajuizou ação de guarda e passou a visitar o bebê na Unidade de Acolhimento com regularidade.

Tendo sido acionada pela Vara da Infância, a Secretaria Municipal de Assistência Social de Teixeira de Freitas – BA enviou relatório com parecer favorável a que a criança fosse entregue aos cuidados de sua família extensa. Nele se lê:

“[...] observamos nitidamente o desejo, a ansiedade da família [...] em receber a criança como também uma preocupação constante referente a situação em que a mesma se encontra [...] Encontramos pessoas [...] dispostas a sustentar e se responsabilizar pela criança como também sua educação” (Relatório da Secretaria Municipal de Assistência Social de Teixeira de Freitas – BA à Vara da Infância e Juventude de Vitória).

Assim, o parecer da equipe técnica do Juizado foi favorável à colocação da criança em família extensa, sob os cuidados de uma tia materna.

No entanto, a Promotoria da Infância e Juventude não acompanhou este parecer e ajuizou ação de Destituição do Poder Familiar com a seguinte justificativa:

*"Consta nos autos [...] que embasa a presente ação, que **Rosana exerce a função de prostituta e tem outros 4 filhos**, três deles já entregues por ela a outras pessoas para criação, o que retrata o histórico de **negligência** da requerida em relação aos filhos. Além de exercer **função imprópria** ao desenvolvimento sadio da criança, Rosana é **usuária de substâncias entorpecentes**[...] Depreende-se, assim, dos elementos colhidos que é **incapaz** de dispensar ao filho os **cuidados necessários** para o seu crescimento sadio, razão pela qual deve ser **destituída de seu poder familiar**" (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da infância e Juventude).*

No mesmo documento a Promotora considerou:

*"É uma criança com **menos de um ano** com todas as **chances de adoção**, seguramente com **várias famílias habilitadas** por este juízo ansiosas por acolher uma criança com este perfil como **filho amado e querido** [...]. **Não desconsideramos a importância da família extensa na vida de uma criança**, são laços de consanguinidade, de história e descendência comum que tem relevância na vida de um indivíduo. Porém, essa ligação de família extensa não é mais importante do que o verdadeiro acolhimento de uma criança em tenra idade em uma família que anseia por assumir verdadeiramente a sua paternidade. Quando uma criança é institucionalizada, a família extensa, muitas vezes, se comove com a situação, se sente sensibilizada a até culpada pelas omissões de assistência antes do abrigamento e motivada por isso se movimenta para pleitear a guarda da criança. [...] Em resumo, neste caso, a convivência dos requerentes com a criança pode ser de muito afeto e existem possibilidades de que esses até cheguem a tê-lo como filho. Ou não. A guarda não é o instituto adequado à proteção dos direitos do bebê que será criado por uma família substituta durante toda a sua menoridade e nunca terá os direitos dos filhos biológicos desses guardiões. Em contrapartida, se a criança for encaminhada a um casal habilitado, além de ter todos os direitos legais decorrentes da filiação, esse laço afetivo já está previamente constituído, porque **o desejo dos adotantes é o de paternidade. Ao contrário do ânimo dos guardiões, que é a de cuidado, por obrigação e pena**" (Documento da Promotoria da Infância e Juventude ao Juiz da Vara da Infância).*

A despeito de a Promotoria requerer a entrega da criança em adoção a casal habilitado pela Vara, a Defensoria Pública conseguiu converter a Ação de Guarda da tia do bebê numa Ação de Adoção, sendo-lhe concedida.

Outra Promotora se manifestou assim no Processo:

*"O caso em tela é **exceção à regra** de a adoção ser deferida apenas a candidatos cadastrados, eis que o pedido de **adoção é formulado por pessoa com a qual o menor pretendido mantém vínculo afetivo**. [...] Perante todo o ventilado, posiciona-se o Ministério Público favoravelmente ao deferimento do pedido formulado na inicial, de forma a **conceder a adoção do menor à requerente**"*

(Parecer da Promotoria da Infância e Juventude sobre o pedido de adoção apensado pela tia da criança).

A criança foi entregue à tia após 11 meses de acolhimento. Os relatórios de acompanhamento informam que o estágio de convivência foi cumprido satisfatoriamente por adotando/adotado.

Cabe destacar que durante o processo, Rosana não foi localizada. Neste caso, como em outros em que os genitores também não foram localizados, nomeou-se um Defensor Público como curador especial da criança (Art. 142, ECA), de forma a garantir o procedimento contraditório, previsto no Art 24 do ECA. No caso de Rosana, o curador se manifestou contrário à destituição do poder familiar, mas o Juiz acompanhou o pedido do Ministério Público.

Há no processo uma incompatibilidade de dados que não pode ser explicada pelos documentos: a data do acolhimento do recém-nascido não coincide com a data da sua alta hospitalar. Por isto houve dúvidas se a criança de fato teria sido acolhida desde a Maternidade. Para sanar a questão, fizemos contato telefônico com o pai de Rosana na Bahia, que confirmou que a criança foi direto do Hospital para a Unidade de Acolhimento.

Este senhor nos informou, ainda, que Rosana atualmente reside em outro Município – o que justifica o fato de não haver registros em seu nome na Rede Bem Estar e no SIGAF, é evangélica, tem dois filhos sob seus cuidados e trabalha como vendedora, a mesma profissão do pai, que demonstra orgulho de a filha ter construído para si novos capítulos de sua história.

A história de Rosana mostra que sua trajetória surpreende àqueles que vivem de estereótipos. Do exercício da profissão mais antiga do mundo à conversão religiosa estão dados os opostos que constituem essa história.

4.1.2 - Gilcélia, vida em fuga

Gilcélia foi “deixada” na Recepção da Maternidade do HUCAM, numa madrugada do inverno de 2010, em trabalho de parto, já em período expulsivo, vindo a dar à luz ali mesmo. Aos 24 anos, ela admitiu fazer uso de álcool e *crack*.

Com as informações que forneceu sobre sua mãe, a assistente social da Unidade de Saúde conseguiu localizá-la.

A senhora informou que Gilcélia estaria vivendo em situação de rua e que esta já seria sua quinta gestação. O filho mais velho encontrava-se sob seus cuidados, enquanto os outros estavam “**espalhados**” (sic). Uma das crianças teria sido entregue em adoção por intervenção do Juizado. Ela afirmou ainda que as portas de sua casa estavam abertas para a filha, mas que não teria condições de assumir mais um neto. A mãe de Gilcélia não compareceu ao Hospital, como disse à assistente social da Unidade que faria.

Gilcélia **não manifestou interesse em entregar o bebê para adoção e insistia na amamentação**, ainda que a mesma estivesse contraindicada por causa do uso recente de drogas. Ela apresentou dificuldade em garantir os cuidados com o bebê ainda na Maternidade. Em seu prontuário, lê-se:

“Encontro RN com frio e fraldas encharcadas de urina, além de um frasco com metade da quantidade de fórmula láctea e outro com toda quantidade necessária ao recém-nascido” (Neonatologista, HUCAM).

O caso foi encaminhado ao Juizado da Infância e Juventude, que decidiu pelo acolhimento institucional da criança.

Em menos de três meses o bebê já se encontrava sob a guarda provisória de uma família substituta que veio a adotá-lo posteriormente.

No relatório do Serviço Técnico Judiciário do Juizado lê-se:

*“Recém-nascido acolhido após a alta hospitalar. Decorrido um mês do acolhimento institucional não foi procurado pela genitora e inexistem nesta Vara registros relacionados à família extensa identificando pessoas com interesse e disponibilidade material e afetiva para receber a criança. [...] **Parecer psicossocial: Destituição do poder familiar e colocação em família substituta**” (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).*

Alguns trechos da Ação de Destituição do Poder Familiar, movida pela Promotoria da Infância e Juventude, deixam transparecer o julgamento moral a que Gilcélia estava submetida:

*“É inquestionável, em simples exames das **fartas provas coletadas**, o **prejuízo que a criança iria ter em seu futuro com a sua eventual reintegração à mãe**. Aliás, cabe destacar que, infelizmente, **não podemos vedar à requerida que leve uma vida desregrada**. Porém, **esta não tem o direito de impor este tipo de vida***

indigno a uma criança que não tem escolha. [...] Assim, mostra-se **imprescindível a intervenção judicial** no caso em tela, para que esta criança tenha seus direitos preservados, vivendo em um ambiente livre da presença de drogas, para que tenha um desenvolvimento sadio físico e psicológico” (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).

Em outro trecho se lê:

“Por se tratar de caso de **grave violação dos direitos da criança**, requer este órgão ministerial que não seja realizado nenhum ato de reintegração do menor à sua genitora, visto que ela se mostra **inapta ao exercício do poder familiar** e, também, à família extensa, uma vez que a prioridade legal da adoção é das pessoas já habilitadas na fila de adoção. Requer, também, a **vedação de visitas por parte da genitora**, já que a mesma o expõe a situação de risco pessoal e social” (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).

A sentença de Destituição do poder familiar foi proferida um ano após o acolhimento da criança.

No processo de adoção, a Equipe Técnica do Juizado da Infância e Juventude informa que o estágio de convivência foi cumprido satisfatoriamente por adotantes/adotado. Em suas considerações sobre a habilitação do casal para a adoção se lê:

“Observa-se que os **requerentes demonstram possuir estabilidade socioemocional e econômica, assim como desenvolvem um trabalho de evangelização** (atuam na Igreja Católica do bairro). **Perfis que lhes favorecem neste pleito.** Ademais, infere-se que estejam maduros para a constituição familiar através da adoção” (Serviço Social, Vara da Infância).

Em 2015 Gilcélia descobriu-se **HIV+**. A despeito do empenho do Consultório na Rua em fazer busca ativa, Gilcélia não adere ao tratamento e por isto já teve diversas intercorrências de saúde, que lhe renderam algumas internações.

Atualmente Gilcélia permanece em situação de rua, **mas precisa estar sempre mudando de lugar porque o ex-companheiro a persegue:**

[...] disse que não tem permanecido em lugar fixo, pois seu ex-companheiro que estava detido a tem procurado e ameaçado. [...] Foi agredida por ele na madrugada de segunda para terça-feira, a mesma conseguiu escapar. Está mudando de lugar onde dorme com medo do agressor” (Consultório na Rua).

Dados do SIGAF informam que Gilcélia é frequentemente abordada pelo serviço de Abordagem Social, mas não se encontra em efetivo acompanhamento.

Em fuga, sem proteção e sem garantias, ela segue em frente.

4.1.3 - Érica, entre os cuidados e o cárcere

Érica deu à luz em sua residência em 2010. Na ocasião, estava acompanhada do filho de três anos, que chamou os vizinhos para socorrerem a mãe. O SAMU ofereceu os primeiros cuidados e encaminhou mãe e recém-nascido ao HUCAM. A criança nasceu prematura e com baixo peso. Em função disto, ficou 74 dias internada na **UTI Neonatal**.

Consta em seu prontuário que Érica fez uso de *crack* durante a gestação e teve baixa adesão ao pré-natal, tendo realizado apenas uma consulta. Ela não informou quem seria o genitor da criança.

Durante a internação do bebê na UTIN, Érica sempre o visitava na companhia de uma amiga. A atenção da amiga com a criança chamou a atenção da equipe de saúde, que chegou a suspeitar de adoção ilegal. As duas foram chamadas a prestar esclarecimentos ao Conselho Tutelar e negaram haver aquela intenção.

Faltando dez dias para a alta do bebê, Érica deixou de comparecer às visitas. Ninguém da família compareceu ao Hospital buscando informações sobre a criança. Os telefones fornecidos não eram atendidos. Diante disto, o Serviço Social da UTIN caracterizou a situação como abandono e acionou o Conselho Tutelar, que encaminhou o caso ao Juizado da Infância dando parecer contrário à permanência do bebê com a mãe e solicitando providências em relação ao primeiro filho de Érica.

Alguns dias depois da alta do bebê, o Serviço Social do HUCAM foi informado que Érica havia sido presa.

A avó de Érica passou a visitar a criança com regularidade no Abrigo. Apresentou-se para assumir os cuidados, mas a equipe técnica da Unidade de Acolhimento, considerando a sua idade (70 anos) e o fato de ter assumido a guarda fática do primeiro filho de Érica desde que foi presa, deu parecer desfavorável.

A mãe de Érica se dispôs a ajudar financeiramente a criança, mas se recusou a assumi-la. Uma tia de Érica se apresentou para requerer a guarda, mas não visitava a criança. A equipe técnica do Juizado se manifestou desfavorável ao pleito por entender que o pedido atendia ao desejo da bisavó da criança. Além disso, o marido não concordava com a ação.

A esta altura do processo, a Promotoria da Infância e Juventude já havia movido Ação de Destituição do Poder Familiar, com base na alegação de que:

*"Verifica-se que a **genitora é extremamente negligente com seus filhos**, além de ser **usuária de substâncias ilícitas (crack)**. Ademais, esta se **encontra atualmente presa**" (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).*

Em outra passagem do documento, registra-se:

*"Requer a **manutenção do abrigo da menor em acolhimento institucional e o abrigo de seu irmão** e, assim, que possível, a **colocação dos mesmos em família substituta**, que deverá ser feito com a máxima celeridade, em virtude de sua tenra idade e maiores possibilidades de adoção, entregando-os sob guarda provisória à pessoa(s) ou casal(is) habilitado(s) na lista de adoção, considerando a impossibilidade de reintegração das crianças à família biológica. [...] Requer também a **vedação de visitas por parte da genitora**, já que a mesma os expõe a situações de risco pessoal e social. [...] **Por se tratar de caso de grave violação dos direitos da criança, requer este órgão ministerial que não seja realizado nenhum ato de reintegração dos menores à sua genitora**, visto que ela se mostra inapta ao exercício do poder familiar" (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).*

A equipe técnica do Juizado da Infância se manifestou favorável à Ação de Destituição do Poder Familiar:

*"Opina-se pela **continuidade da ação de Destituição do Poder Familiar**, suspensão das visitas familiares ao espaço de acolhimento institucional e colocação da criança em família substituta através da modalidade da adoção" (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).*

Numa reviravolta no caso, a mãe de Érica e seu companheiro solicitaram a guarda do bebê, sendo-lhes concedida. Não identificamos informações sobre o que teria levado o casal a mudar de idéia. A criança foi entregue à família extensa após um ano e seis meses acolhida.

Ronaldo [o primeiro filho de Érica] teve a guarda legal entregue à sua bisavó, que já a tinha faticamente.

Em atendimento posterior no Juizado da Infância, os avós informaram que o bebê estava se desenvolvendo bem e vinculado à família. Informaram ainda que pretendiam ajuizar ação de adoção.

Em 2013, Érica, que havia sido liberada após dois anos de prisão, foi convidada e compareceu ao Juizado da Infância. Na ocasião estava com outro bebê, nascido no mês anterior. Érica manifestou-se favoravelmente à destituição do poder familiar do

bebê que esteve acolhido em favor de sua mãe. No entanto, a equipe técnica do Juizado entendeu que a guarda melhor se aplicava ao caso e assim se manifestou sobre a questão:

*"Sendo assim, as referidas **crianças encontram-se bem cuidadas e protegidas** por seus respectivos guardiões, que fazem parte da mesma família, o que vem garantindo que os **irmãos mantenham contato e vínculo**, além ainda da garantia de contato com a genitora dos mesmos" (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).*

Com base neste parecer, o pedido de Destituição do Poder Familiar foi julgado improcedente.

No SIGAF há registros de atendimentos pontuais a Érica, entre eles, a concessão do Auxílio Natalidade³⁰.

Pela Rede Bem Estar foi possível saber que em 2015 Érica teve outro bebê prematuro, que na ocasião, ficou internado na UTI Neonatal de um grande hospital estadual localizado na Grande Vitória. Não há outras informações sobre esta criança.

Atualmente, Érica está cadastrada na Unidade de Saúde como paciente ocasional, pois passa temporadas entre a casa da avó, em Vitória, e a casa da sogra, em outro Município.

4.1.4 - Ingrid, ausência de alternativas?

Ingrid chegou à Maternidade do HUCAM, em 2011, levada pelo SAMU, acionado por populares que a encontraram em trabalho de parto no Centro da cidade. Na ocasião estava sem documentos e parecia sob efeito de drogas, pois não conseguia informar sua idade e data de nascimento.

No prontuário registra-se que ela era usuária de *crack* e que não fez pré-natal. Esta era a terceira gestação de Ingrid. Suas outras filhas, de 12 e 13 anos, encontravam-se sob os cuidados de sua mãe, em Minas Gerais.

³⁰ O Auxílio Natalidade é um benefício eventual da Assistência Social, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8.742, de 1993) e na Lei 12.435, de 2011, concedido em virtude do nascimento. Em Vitória, a concessão do benefício no valor de um salário mínimo é feita às famílias munícipes inscritas no CadÚnico, com renda per capita inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo que recebem novos membros por nascimento.

Ingrid relatou à assistente social do Hospital que havia chegado a Vitória há cerca de um ano e que residia em Vila Velha com sua companheira. Questionada sobre a paternidade da bebê, recusou-se a dar informações, mas para outras pessoas da equipe, informou ser um cliente, pois era profissional do sexo.

Ingrid foi mantida afastada de sua bebê. Desde que ela nasceu ficou sob os cuidados da enfermagem no Pré-Parto. O argumento para esta medida era o risco de a mãe evadir com a criança:

"[...] manter a criança afastada da mãe devido ao risco da mãe fugir com a criança" (Neonatologista, HUCAM).

Ingrid ressentia-se da distância. No segundo dia após o parto queixava-se que ainda não tinha visto a filha. Em outro momento registra-se:

"Manifesta desejo de estar com sua filha" (Obstetra, HUCAM).

Ingrid deixou o Hospital antes que tivesse recebido alta, alegando que precisaria procurar sua mãe para responsabilizar-se pela criança. Dois dias depois retornou ao Serviço Social afirmando que a mãe assumiria os cuidados da recém-nascida. Foi orientada a procurar o Conselho Tutelar, que já havia sido acionado.

A criança foi acolhida e a partir daí todo o processo se fundamenta no argumento do abandono.

Apesar de o relatório da assistente social do HUCAM informar sobre referências familiares em Aimorés – MG, não há relatos de providências no sentido de localizar a família extensa.

Não há registro de que algum serviço de saúde ou socioassistencial tenha sido acionado.

Ingrid não foi localizada para citação pessoal sobre o processo. Citada por edital, não se manifestou.

Acionada, a Equipe Técnica do Juizado da Infância manifestou-se favorável à destituição do poder familiar com base nos relatórios enviados pelo HUCAM e no fato da criança não receber visitas no abrigo.

A criança foi colocada sob a guarda provisória de uma família substituta seis meses após o acolhimento.

Na ação de Destituição do Poder Familiar movida pela Promotoria da Infância e Juventude lê-se:

*"Requer a manutenção do abrigamento da menor em acolhimento institucional, e, assim que possível, a colocação da mesma em família substituta, que deverá ser feito com a máxima celeridade, em virtude de sua tenra idade e maiores possibilidades de adoção, entregando-a sob guarda provisória à pessoa(s) ou casal(is) habilitados na lista de adoção, considerando a **impossibilidade de reintegração da criança à família biológica**" (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).*

E ainda:

*"Por se tratar de **caso de grave violação dos direitos da criança**, requer este órgão ministerial que **não seja realizado nenhum ato de reintegração da menor à sua genitora**, visto que ela se mostra inapta ao exercício do poder familiar. Requer também a vedação de visitas por parte da genitora, já que a mesma a expõe a situação de risco pessoal e social" (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).*

A sentença de Destituição do Poder Familiar foi proferida dois anos após o início do processo. A criança foi adotada pela família que a recebeu em guarda provisória.

No processo judicial disponibilizado para consulta não há qualquer informação sobre o acompanhamento realizado após o bebê ter sido colocado em família substituta.

Também não há qualquer registro de Ingrid na Rede Bem Estar ou no SIGAF.

4.1.5 - Amália, teu passado te condena

Amália deu entrada na maternidade do HUCAM em 2012 para dar à luz seu sexto filho, aos 37 anos. No momento do parto, ocorrido 15 minutos após a internação, a equipe médica observou que ela possivelmente teria feito uso de alguma substância psicoativa, o que foi confirmado posteriormente pela própria Amália, reconhecendo ser usuária de *crack*. Não há registros de que ela tenha realizado consultas de pré-natal ou que tenha sido atendida por algum serviço da Saúde ou da Assistência Social.

A mãe de Amália compareceu ao Hospital. Informou que a filha passava muitos dias fora de casa, que já havia vendido até as roupas pessoais para adquirir droga e que esta gravidez era fruto de um relacionamento de alguns dias com uma pessoa que não soube informar quem era. Informou ainda que Amália não cuidou dos filhos, à exceção da mais nova, fruto de um relacionamento de 10 anos, terminado

recentemente. Na ocasião, esta criança se encontrava sob os cuidados paternos. A mãe de Amália, aos 69 anos cuidando do marido de 80 anos, afirmava não ter condições para assumir o bebê.

Amália dizia que o pai do bebê estava informado sobre o seu nascimento, mas não compareceu ao Hospital. Ela acompanhou os dez dias de internação da criança para tratamento de sífilis congênita. Amália começou seu próprio tratamento durante a internação com a condição de dar continuidade na Unidade de Saúde, quando estivesse de alta.

A equipe médica acionou a Assistente Social da Maternidade, que considerando o histórico de Amália, comunicou o caso ao Conselho Tutelar. Este por sua vez, decidiu pelo acolhimento institucional do bebê. **A Nota Recomendatória Nº 003, da Promotoria da Infância e Juventude foi citada como justificativa para a medida e anexada ao documento encaminhado ao Ministério Público, que acatou a decisão.**

O bebê de Amália foi retirado sob escolta da Polícia Militar, acionada pelo Conselho Tutelar. Não é comum que isto aconteça, salvo nos caso em que os Conselheiros avaliam que a medida possa incorrer em risco à sua integridade física.

Amália não visitou a criança no abrigo. Também não foi localizada para citação sobre o processo. Citada por edital, não se manifestou.

A criança ficou cinco meses acolhida. Neste período, uma prima de Amália se apresentou para assumir a guarda, mas declinou alegando que o marido não estava disposto a passar pela burocracia do processo:

*"Em contato telefônico com a Unidade de Acolhimento no dia 20/07/12 [a prima] disse que achava que não poderia mais entrar com a guarda da criança, devido a seu marido não querer **ter trabalho com tanta burocracia** e que ambos pensavam que fosse um processo menos burocrático. [A prima] reafirmou desejar cuidar da criança, mas não poderia passar por cima da opinião do marido" (Relatório Psicossocial, Unidade de Acolhimento).*

Um senhor também se apresentou:

"Por volta do dia 15/07/12 chegou à [Unidade de Acolhimento] o Sr. Élio. Este Sr relatou que teve um relacionamento com Amália e que ficou sabendo que a mesma teria tido um filho, e que por isso procurou pelo abrigo para conhecer a criança. Em atendimento, Élio relatou não saber se é ou não o pai da criança e que iria procurar Amália para saber. Disse ainda que se a criança fosse sua filha, não saberia o que

fazer, pois mora sozinho e não teria como cuidar da criança. Ficou de retornar contato com [a Unidade de Acolhimento], mas não o fez" (Relatório Psicossocial, Unidade de Acolhimento).

A criança foi entregue sob guarda provisória a um casal habilitado pela Vara da Infância para adoção. O Ministério Público apensou Ação de Destituição do Poder Familiar com Tutela Antecipada, que significa que o poder familiar foi suspenso até que houvesse uma sentença definitiva a respeito.

No parecer da equipe técnica do Juizado, lê-se:

*"Entende-se que **todas as possibilidades de reintegração da criança à família de origem foram esgotadas, não havendo interesse de qualquer membro dessa família em permanecer com o bebê. [...] somos favoráveis à destituição do poder familiar e colocação em família substituta do RN de Amália, pois fica evidente que, no momento, nem a genitora, nem outro membro da família extensa apresentam condições ou interesse em cuidar da criança, não tendo como oferecer a ela um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, à sua integridade física, psíquica e moral**" (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).*

Sobre o suposto pai, o documento afirma: "mesmo que fosse o genitor, relatou a impossibilidade de cuidar da criança" (Idem).

Amália foi julgada pelo que se esperava dela como mãe:

*"Observa-se que, no caso em tela, a requerida **não demonstra agir como responsável e ignora seus deveres maternos, bem como os interesses de sua filha [...] Em razão da situação em que está inserida a criança, em clara situação de abandono, e do papel que desempenha a mãe não cumpridora de seus deveres e absolutamente negligente com a filha, não há que se falar em outra coisa, para o bem estar e para a garantia de condições dignas de vida da criança, senão em destituição do poder familiar. [...] Destarte, salta aos olhos que a demandada não possui condições alguma de oferecer a sua filha educação, pois desajustada e, trata sua prole com absoluto desinteresse, deixando de dar-lhe os cuidados mínimos como educação, acompanhamento, saúde, relegando-o a uma condição de abandono. Logo, totalmente **inapta para o exercício da maternagem, recomendando, por conseguinte, o seu arrebatamento**" (Ação de Destituição do Poder Familiar com Pedido de Tutela Antecipada, Promotoria da Infância e Juventude).***

O pedido de Destituição do Poder Familiar foi acolhido e a sentença proferida quase dois anos após o início da ação. A criança foi adotada pela família que inicialmente a recebeu sob guarda provisória.

Reencontramos Amália dois anos depois, quando retornou ao HUCAM grávida novamente. Desta vez o bebê nasceu prematuro e ficou 23 dias internado na UTIN.

Amália estava em um novo relacionamento há cerca de um ano e **negava que estivesse fazendo uso de droga**. A despeito disto, pelo histórico de acolhimento anterior, o Conselho Tutelar foi acionado pelo Serviço Social da UTIN e a criança recebeu medida de acolhimento institucional.

Entre as justificativas do Conselho Tutelar encaminhadas ao Ministério Público para a medida encontra-se o fato de terem sido encontradas precárias condições de moradia e higiene na residência do casal e diversas tentativas de atendimento e realização de encaminhamentos, sem sucesso. No documento se lê:

*"Ambiciona-se com o Acolhimento, o sentido da superação destas dificuldades coma droga e outros elementos que colocam em risco a criança, caso seu retorno aconteça imediatamente sem antes intervenção com novas tentativas da Rede. Acreditando que no momento **o afastamento da criança de seus pais é, ainda que sofrida e impactante para ambos, a melhor alternativa**, tanto para o seu desenvolvimento pessoal quanto para a iniciativa positiva para que os genitores da criança possam buscar e atender aos encaminhamentos realizados pelos equipamentos da rede, tornando-se futuramente de fato, as pessoas ideais para que a criança possa crescer, viver e desenvolver-se"* (grifo do autor, Relatório do Conselho Tutelar à Promotoria da Infância e Juventude).

Amália havia feito quatro consultas de pré-natal e encontrava-se sob acompanhamento da Unidade de Saúde. Não aceitou o encaminhamento ao CAPS ad porque não considerava necessário, visto que estava abstinente.

Na alta, a criança foi entregue aos Conselheiros Tutelares. Os genitores não acompanharam este momento. No Plano Individual de Atendimento (PIA), elaborado pela Unidade de Acolhimento, se lê:

"Em breves relatos, os pais mencionaram que estavam visitando a bebê enquanto ela encontrava-se internada no Hospital das Clínicas na UTIN, diariamente e que foram surpreendidos com o acolhimento da criança, pois somente foram avisados do acolhimento da criança quando eles compareceram na visita e não encontraram a criança, sendo então informados sobre a transferência da criança para a [Unidade de Acolhimento]" (PIA, Unidade de Acolhimento).

No Abrigo, os genitores visitavam a bebê com frequência, mas sem acreditar que pudessem reavê-la, indicaram os avós paternos para assumirem sua guarda:

"No caso em questão, tem-se que os genitores indicam como possibilidade para o restabelecimento da convivência familiar, a criança ficar sob os cuidados dos avós paternos, não sendo mencionado pelo casal nenhuma proposta de organização para possível reintegração familiar futura" (1º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

No mesmo documento se lê:

"[...] causou estranheza o afastamento dos genitores [que vem diminuindo a assiduidade nas visitas] e foi marcante a ausência de fala da mãe no atendimento inicial, onde apenas se posicionou favorável a guarda dos avós paternos, não falando sobre seus anseios ou sobre o desejo de cuidar de sua filha. Todavia, há relato da rede sócio-assistencial de que Amália verbaliza para os profissionais que deseja ficar com a criança" (1º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

O silêncio de Amália pode revelar múltiplos sentidos, entre eles a impotência ante a situação vivida. Aqui nos recordamos de Gois (2014) quando afirma que a relação dessas famílias com o Estado, por meio da Justiça da Infância e Juventude, é muito assimétrica, emergindo para elas em um nível de poder aparentemente impossível de enfrentar.

A decisão de entrega da guarda do bebê aos avós paternos não foi pacífica. Não pelo que ela pudesse acarretar ao bebê ou aos seus genitores, mas porque havia denúncias de maus tratos e negligência em relação a uma senhora idosa da família, pelo que vinham sendo responsabilizados. Os profissionais questionavam se, não tendo assumido os cuidados com a referida senhora, os avós paternos teriam condições de assumirem o bebê. Na ocasião, o Ministério Público e o CREAS já haviam sido acionados pela Unidade de Saúde. A partir daí, esta passa a ser a tônica do processo judicial, sendo realizadas diversas reuniões da rede de serviços e discussões do caso.

Outra preocupação era que os avós paternos não garantissem o contato dos genitores com a criança, devido a existência de conflitos anteriores entre os dois casais.

Após 3 meses de acolhimento, a criança foi entregue aos avós paternos.

Os relatórios de acompanhamento informam que a criança se adaptou bem à família. No último deles se lê:

*"Em relação à manutenção dos vínculos familiares, a avó paterna relatou que o genitor mantém contato com a filha, realizando visitas frequentes, mas que a genitora não interage com a criança, contudo, mencionou que naquele momento a **genitora estava internada na UTI do Hospital São Lucas**, segundo ela, **em estado grave de saúde**. Todavia, afirmou que apesar de estar internada há quase um mês, que ela não havia realizado nenhuma visita à nora, demonstrando não*

haver relação de proximidade entre elas" (2º Relatório de Reintegração Familiar, Unidade de Acolhimento).

Amália faleceu dois anos após o acolhimento da segunda criança. Seu atestado de óbito, anexado ao processo, informa que a causa da morte foi **neoplasia maligna do colo uterino avançada**.

Debilitada, em seus últimos dias Amália recebeu assistência domiciliar da Unidade de Saúde.

O SIGAF registra dois atendimentos pontuais, mas não conseguimos saber a que se referiram.

Antes de ter acesso ao processo, fiz contato por telefone com a mãe de Amália para saber a causa da morte, uma vez que a Rede Bem Estar não informava. Ela relatou que Amália morreu em casa, sob seus cuidados, e que seu consolo era ter convivido com a filha por este período, o que lhe permitiu saber que ela, de fato, havia deixado de usar drogas.

A história de Amália nos traz o que Morris (2018) chamou de “maternidade assombrada”, fenômeno em que a maternidade futura é assombrada pela intervenção do Estado em relação a filhos anteriores. Segundo a autora, os tribunais irão retirar uma criança ao nascer com mais frequência e mais rapidamente de pais que tiveram crianças retiradas previamente, quando comparados com pais de primeira vez.

4.1.6 - Clarice, aquela que ousou denunciar

O primeiro registro de Clarice no HUCAM é de 2001, quando ela tinha 10 anos. Foi levada por sua mãe ao Pediatra, solicitando encaminhamento ao Neuropediatra. A queixa era de que a menina saía de manhã e só retornava à noite. Na ocasião, foi diagnosticada com distúrbio de conduta e encaminhada ao Psicólogo, com o seguinte argumento: "Criança não expressa seus pensamentos, nem na ausência da mãe".

Em 2012 Clarice retornou ao HUCAM para ter seu primeiro filho. Em seu prontuário há vários registros que apontam para sinais de agitação nas primeiras horas de internação: "Paciente inquieta" (Obstetra, HUCAM). "Paciente não permite realizar toque vaginal" (Obstetra, HUCAM). "Paciente não cooperativa e agressiva. Ameaçou

jogar o sonar [aparelho médico que amplia o som do coração do bebê] no chão, não permitiu ausculta cardíaca fetal" (Obstetra, HUCAM). Houve parada de progressão do parto e a equipe optou pela cesariana, alegando dificuldade no atendimento: "1º PO [1º dia pós-operatório] parto cesariana (devido à falta de cooperação da paciente)" (Obstetra, HUCAM).

Na ocasião do parto, Clarice admitiu para a equipe de saúde o uso de *crack*. Relatou 13 passagens pela Unidade de Internação Socioeducativa (UNIS). Entre os motivos estavam agressão, dano ao patrimônio público e desacato à autoridade. Ela e o bebê foram diagnosticados com sífilis. Por opção, Clarice acompanhou, internada, os dez dias de antibioticoterapia da criança. Já não apresentava sinais de agitação. Zelosa, cuidava de perto de tudo o que dizia respeito ao seu bebê, interpelando a equipe a respeito de suas dúvidas e observações. Durante a entrevista para elaboração da Declaração de Nascido Vivo (DNV), Clarice não informou quem seria o pai da criança.

Eram tempos em que vigorava a Nota Recomendatória nº 003/2010. O Conselho Tutelar foi acionado pela assistente social da Maternidade [que à época era eu] e, desde então, o receio de perder a criança era uma sombra que acompanhava Clarice. A apreensão era presente em seus comentários com a equipe e com colegas de quarto e nas muitas vezes em que pediu para conversar com a assistente social do Serviço. A mãe de Clarice, que a visitava com frequência, informou àquela profissional que estava disposta a receber a filha e o neto em sua casa e preparava um quarto para ambos.

Ciente do histórico de agressividade de Clarice, e sob o argumento de proteção dos Conselheiros, o Conselho Tutelar acionou a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) para acompanhar a retirada da criança. Clarice e sua mãe acompanharam a ação. Não havia reação possível ante as armas que os dois investigadores ostentavam. Presenciamos essa cena. Na ocasião, grávida de sete meses, me vi diante de inúmeros dilemas que se expressaram em minhas lágrimas. Algumas colegas tentaram me consolar. Diziam que **ela não era mãe como eu seria**, que logo **esqueceria**. Ainda que com o intuito de me consolarem, estas palavras denotaram o estigma a que mulheres usuárias de drogas estão

submetidas. Tínhamos ali dois quadros: o da mulher grávida inapta a exercer a maternidade X a mulher apta a esse papel (que, neste caso, se referia a mim).

O Ministério Público acatou o pedido de acolhimento da criança feito pelo Conselho Tutelar, com base nos seguintes argumentos: “Genitora com várias passagens pela UNIS, quando adolescente, **não respeita regras nem limites, não aderiu ao acolhimento, dependente química**”.

Sobre sua mãe, o documento dizia: *“Sua genitora, na época, não acolheu a filha que ficava em situação de rua. Hoje, Clarice mora com irmã e irmão não tendo ali ninguém que possa garantir a segurança da criança e a Sr^a Joana também não garantiu a segurança da própria filha e hoje se mostra interessada no neto”*.

Subjacente a este comentário havia o entendimento de que tendo errado uma vez com a criação da filha, era descabida a pretensão da avó requerer os cuidados do neto³¹.

Clarice era acompanhada pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e pela Abordagem de Rua do Município de Vitória, que se posicionavam contrariamente ao acolhimento do recém-nascido, mas esses órgãos não foram consultados a respeito.

Clarice denunciou o acolhimento institucional de seu bebê ao Conselho Estadual de Direitos Humanos:

*“Em 22/06/12 foi realizado estudo de caso com o Conselho de Direitos Humanos, Defensoria Pública, Secretaria Municipal de Assistência Social e a Unidade de acolhimento. Cabe salientar que tal estudo foi proposto pelo Conselho de Direitos Humanos após ter recebido uma denúncia da própria família sobre o caso. Na ocasião, foi exposto o caso e houve consenso que a **retirada da criança foi inadequada**, sendo **avaliada mais pelo contexto passado do que pelo atual em que se encontra a genitora**” (Relatório de Acompanhamento Psicossocial, Unidade de Acolhimento).*

Sobre a relação de Clarice com o bebê, consta no processo:

*“Após a institucionalização da criança houve intensa movimentação da família no sentido de obter a criança de volta, e a família, especialmente Clarice, que **visita o filho frequentemente na Unidade de Acolhimento**, demonstrando uma relação de cuidado e afetividade, e um desejo intenso de exercer a maternagem” (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude de Vitória).*

³¹ Este posicionamento foi exposto pela então Promotora da Infância e Juventude de Vitória, em Junho de 2010, numa reunião convocada pela Promotoria com as Assistentes Sociais da UTIN e da Maternidade do HUCAM, da qual participei.

A denúncia de Clarice ganhou muita repercussão, já que a ela se seguiram diversas reuniões dos Serviços e Movimentos Sociais do Município entre si e com a Promotoria da Infância e Juventude. O Espírito Santo recebeu, na ocasião, uma comitiva de Brasília formada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Direitos Humanos, Conselho Nacional de Magistrados, entre outros órgãos, com vistas a apurar a denúncia. Naquele mesmo ano a Nota Recomendatória foi revogada e os processos que tratavam de situações parecidas foram auditados.

Após 55 dias de acolhimento institucional, a criança foi reintegrada à mãe. Acompanhada de perto pelos Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) e Equipe Técnica do Abrigo, os relatórios não tardaram a dar notícias dos desentendimentos com a mãe e das recaídas de Clarice em relação à droga.

Nove meses depois, os serviços que acompanhavam Clarice assinam um relatório solicitando que a guarda da criança fosse entregue à tia materna e ao seu companheiro:

*“A rede de serviços afirma o **agravamento da situação da genitora da criança** com a questão da dependência química, pois a mesma **não consegue aderir aos serviços de saúde**, e tem apresentado comportamentos que podem acarretar risco ao filho. A rede também coloca o esgotamento das possibilidades de orientação e intervenção para manter a criança com a genitora, apesar da relação de intenso afeto e cuidado que esta tem para com o filho” (Psicologia - 1ª Vara).*

A guarda foi entregue aos tios, mediante assinatura do Termo de Responsabilidade, com a condição de que ajuizassem ação de guarda. Apesar de acionados inúmeras vezes pela 1ª Vara da Infância e Juventude de Vitória, isto nunca foi feito.

Os últimos relatos no processo dão conta de que o casal se separou e que a criança ficou sob os cuidados do ex-companheiro da tia. A criança encontra-se matriculada no Centro Municipal de Educação Infantil e sob acompanhamento da Unidade de Saúde do Bairro onde reside. Os relatórios desses órgãos à Vara da Infância informam que ela passa bem e que vem se desenvolvendo dentro das expectativas para sua faixa etária.

Dados do SIGAF informam que Clarice foi acompanhada pelo CREAS entre os anos 2012 e 2013, período da gestação e enquanto esteve com a criança. Atualmente

vem recebendo atendimentos pontuais do Serviço de Abordagem Social, que já a encaminhou algumas vezes para tratamentos em Comunidades Terapêuticas, das quais ela evade. Uma dessas evasões teria ocorrido em 2013 porque Clarice foi punida, por “má conduta”, com um mês sem vistas. Ela considerou que não poderia ficar tanto tempo sem ver o filho.

Clarice também tem registros de passagens pelo CAPS ad. Essas passagens são acompanhadas de muitos conflitos. Em 2015 ela ficou impedida de se aproximar da instituição após questionar agressivamente mudanças em seu projeto terapêutico sem a sua participação. No mesmo ano, em atendimento após agressões físicas mútuas com outra paciente, a psicóloga do Serviço registrou:

“Desafiando e expondo-se durante todo o tempo a situações de grave risco, imaginamos como deve ser bem doloroso estar vivendo desta forma, ao longo da sua vida, 24h por dia” (Psicóloga, CAPS ad).

Em 2016 Clarice foi internada por apresentar ideações suicidas e alucinações. Em fevereiro de 2017, tentou suicídio com 40 comprimidos de psicotrópicos. Em março do mesmo ano recebeu o diagnóstico de **esquizofrenia paranoide**. Não há informações de que ela esteja em acompanhamento sistemático nos serviços de saúde mental.

Em 2018 Clarice engravidou novamente. Em seu prontuário na Rede Bem Estar são incontáveis os atendimentos feitos pelo Consultório na Rua com vistas a ofertar consultas de pré-natal e doses supervisionadas de medicamentos. É o terceiro filho de Clarice. O segundo está sob os cuidados da mãe, com quem ainda tem muitos conflitos.

À Equipe do Consultório na Rua, ela disse que gostaria de ganhar seu bebê no HUCAM. Estava ciente, porém, que dadas suas condições atuais, havia grandes possibilidades dele também ser acolhido.

O bebê de Clarice nasceu no HUCAM, como ela queria, em agosto de 2018. Apesar de suas expectativas, a criança não foi acolhida: receberam alta juntos, sob co-responsabilidade de uma tia materna. A decisão partiu do Conselho Tutelar e nos suscitou uma questão: se as condições atuais de Clarice eram as mesmas ou piores

que em 2012, quais os critérios usados para determinar o acolhimento de um recém-nascido e não do outro?

4.1.7 - Karyna e o CAPS ad como parceiros de luta

Os pais de Karyna eram caminhoneiros. Permaneciam a maior parte do tempo em viagens. Nessas ocasiões Karyna assumia o cuidado dos irmãos. A droga sempre foi muito presente na sua família. Perdeu o pai assassinado em decorrência disso. Iniciou o uso de maconha aos 10 anos de idade. O uso de *crack* começou após o falecimento de seu primeiro marido (não há indicação do ano ou da idade dela), com quem teve dois filhos.

Em 2006 teve um bebê acolhido desde a Maternidade. Na ocasião, cumpria pena no Presídio Feminino. Posteriormente teve outro bebê acolhido. Tendo sido reintegrado pela Justiça à mãe, a criança foi entregue a um casal conhecido de Karyna. Esta modalidade de adoção, considerada ilegal pela Justiça brasileira, é uma estratégia adotada por algumas mães por permitir algum tipo de contato com suas crianças, diferentemente das adoções fechadas realizadas pelo Juizado³² (GOIS, 2014).

Em 2012, Karyna deu à luz no HUCAM. Na ocasião, estava em situação de rua e chegou acompanhada da assistente social do Centro Pop, que informou que Karyna não havia feito pré-natal e afirmava que entregaria a criança para adoção.

O Conselho Tutelar, que já acompanhava Karyna, foi acionado pelo Serviço Social do Hospital e desde o primeiro contato, informou que a criança seria acolhida.

O bebê foi diagnosticado com sífilis congênita e Karyna decidiu acompanhá-lo nos dez dias de tratamento. Durante este período, ela se apresentou zelosa com a criança, fazendo diversas considerações com a equipe quanto à quantidade de leite oferecida, quanto ao aparecimento de lesões na pele do recém-nascido e quanto à quantidade e espessura de suas fezes.

No dia da alta da criança, Karyna a entregou ao Conselho Tutelar sob escolta da Polícia Militar. Os Conselheiros acionaram o reforço policial por receio da reação da genitora, que àquela altura encontrava-se bastante vinculada à criança.

³² Nos casos de adoção que tramitam no Juizado da Infância e Juventude fica a critério do adotado, após completar 18 anos, acionar a Justiça para requerer informações de sua origem biológica (ECA, Art. 48).

Durante o período de acolhimento, uma irmã de Karyna se apresentou para assumir a guarda da criança. No entanto, declinou da decisão afirmando que a irmã não estava cumprindo as condições que lhe foram colocadas:

*“[...] foi realizado contato com a irmã de Karyna e a mesma relatou que a irmã não seguiu as suas orientações e condições para que pudesse assumir a criança em guarda. Desta forma, **desistiu de requerer a guarda**, justificando que **Karyna não foi morar na casa cedida e também não aceitou o tratamento proposto**” (Relatório de Acompanhamento Psicossocial, Unidade de Acolhimento).*

Karyna comparecia semanalmente à Unidade de Acolhimento. Algumas vezes estava tão sonolenta que era preciso que algum educador ficasse próximo para evitar que a criança caísse, caso adormecesse.

O bebê de Karyna ficou acolhido por cinco meses, tendo sido entregue em guarda provisória a um casal habilitado para adoção. No parecer da equipe técnica da Unidade de Acolhimento se lê:

*"Devido a situação exposta, de **situação de drogadição crônica pela genitora**, juntando-se ao fato de **longa permanência da mesma em situação de rua**, além do histórico de K. de **não conseguir cuidar dos filhos** entregando um deles ilegalmente em adoção. Pensamos que para a genitora conseguir reorganizar a vida para receber a filha levaria um tempo significativamente longo o que implicaria uma permanência prolongada da criança em acolhimento institucional. Nesse caso, o Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 100, inciso IV, aponta que as intervenções devem atender prioritariamente aos interesses e aos direitos da criança/adolescente" (Parecer Psicossocial, Equipe Técnica CV I).*

O relatório de acompanhamento de colocação da criança em família substituta registra:

"O acolhimento da criança se deu de forma satisfatória, e tem sido favorável ao seu desenvolvimento. O casal que a recebeu demonstra apresentar condições para oferecer à criança um ambiente familiar adequado ao seu desenvolvimento" (Psicologia, Vara da Infância).

Na ação de Destituição do Poder Familiar, movida pela Promotoria da Infância Juventude, a Promotora do caso declarou:

*"A requerida **não possui condições de cumprir seus deveres legais** em relação à criança, colocando-a em **situação de risco**, o que impede o **normal e sadio desenvolvimento da mesma**".*

A sentença de destituição do poder familiar saiu quatro anos depois de a criança ter sido acolhida. Um dos motivos para a delonga do processo foi a dificuldade de localização de Karyna para citação.

Em suas alegações finais, a Promotora afirmou:

*“[...] verifica-se que a criança encontra-se junto à família substituta há quase quatro anos, período este em que a **requerida se manteve indiferente quanto à situação da filha**, não havendo registros de procura daquela por esta” (Alegações Finais, Promotoria da Infância e Juventude).*

Em 2013 Karyna começou o tratamento no CAPS ad. A questão da perda da filha sempre esteve presente nos atendimentos, demonstrando que ela não era indiferente como alegado:

*“Paciente bastante inquieta pela manhã, relata querer ir embora, converso com a mesma que explica que fica sozinha pelos cantos porque **pensa muito na filha que foi levada pelo Conselho Tutelar**, mas **não sabe se vai recuperá-la**, logo **se sente incomodada com a situação**” (Enfermagem, CAPS ad).*

*“**Pretende reaver dois de seus outros filhos**, pois tem dois que acredita não ter mais como voltar a conviver com ela [um deles seria o bebê acolhido].” (Psicologia, CAPS ad).*

Em 2014 Karyna voltou a engravidar. Na ocasião, o CAPS ad mobilizou vários serviços para discussão do caso, entre eles, o Conselho Tutelar, o Consultório na Rua, o Centro Pop, a Secretaria de Habitação, a Coordenação Municipal de Saúde Mental e a Maternidade do HUCAM. Decidiu-se que, dado o fato de Karyna estar recebendo o auxílio moradia, em acompanhamento no CAPS ad e fazendo o pré-natal, ela ficaria com a criança, sob acompanhamento dos serviços.

No Grupo de Mulheres do CAPS ad, Karyna fala de sua satisfação em ter a filha por perto:

*“**Karyna conta como sua bebê está mudando sua vida**. Está cada vez mais convencida de que **precisa evitar qualquer droga para poder cuidar da filha**. Fala que foi muito difícil ter perdido seus outros filhos, principalmente o último [acolhido no HUCAM]. Planeja reaver seu filho de 3 anos que mora com um casal na Ilha do Príncipe” (Psicologia, CAPS ad).*

Karyna sabe que precisa travar uma guerra diária. Não apenas contra as possibilidades de recaída em relação às drogas, mas para conciliar o tratamento com os cuidados da filha:

“Karyna fala de suas dificuldades de ordens diversas, e alerta para o fato de estar vulnerável a uma recaída. Informa que tem recebido muitas ofertas no local onde mora e procurou a escola da filha para ver a possibilidade de transferi-la para o turno da tarde, para que possa vir ao CAPS nesse turno, quando o movimento em seu bairro vai se tornando mais intenso” (Serviço Social, CAPS ad).

Nos momentos de adoecimento da criança, Karyna não pode levá-la à creche, ficando impedida de comparecer ao CAPS ad. Em várias situações Karyna esteve no Serviço acompanhada da menina, o que levou o CAPS ad a uma discussão com o Conselho Tutelar sobre qual prejuízo seria maior: a criança acompanhar a mãe no CAPS ad ou Karyna ter que abandonar o tratamento por não ter com quem deixar a menina.

As dificuldades financeiras são outra frente de batalha colocada todos os dias para Karyna. Numa ocasião ela precisou recusar um trabalho na cozinha de um restaurante porque não tinha com quem deixar a filha. Numa outra oportunidade, recusou o curso de salgados oferecido pelo CAPS porque o horário não conciliava com o da criança na escola. Vivendo do Bolsa Família (R\$ 150,00) e do Aluguel Social, em vários momentos não havia o que comer:

“Paciente emagrecida e nervosa. Comparece acompanhada da filha. Comportamento hostil com a menina. Karyna fala inicialmente sobre as dificuldades financeiras que está passando. Relata que está pagando aluguel mais caro, acrescido das despesas mensais com água e luz. [...] Queixa-se de dores no peito, do lado esquerdo, mostra manchas roxas que têm aparecido pelo corpo. Diz não estar se alimentando direito devido às dificuldades financeiras” (Serviço Social, CAPS ad).

Numa ocasião Karyna foi informada de que um Oficial de Justiça havia comparecido ao Centro Pop com mandado de busca de sua filha. O motivo era porque a Vara da Infância havia sido informada de que a menina não estava frequentando a creche, cuja vaga só foi conseguida por intervenção da assessoria jurídica do Centro Pop. Em sua defesa, Karyna declarou que não mandava a menina porque não tinha dinheiro para comprar fraldas descartáveis, exigência da escola.

Não importa as condições objetivas dessa mãe, não ter fraldas impede a criança de acessar a creche – direito que deveria ser-lhe assegurado.

Karyna segue em suas lutas diárias. No universo desta pesquisa foi a única mulher a descobrir que pode contar com o CAPS ad em suas batalhas, vinculando-se ao Serviço.

4.1.8 - Laís, maternidade contestada

Aos 16 anos Laís foi internada no HUCAM por ter provocado um aborto com uso de medicamento abortivo.

Aos 32 anos retornou ao hospital para dar à luz seu terceiro filho. A filha mais velha encontrava-se sob os cuidados do pai e o filho foi entregue a uma professora que o considerou “muito inteligente” (sic).

Laís declarou-se usuária de drogas desde os 17 anos. Admitiu ter feito uso de *crack* no dia anterior ao parto.

Ela manteve um relacionamento com o genitor da criança por quatro anos, mas atualmente estavam separados e Laís agora tinha uma companheira.

Fez apenas uma consulta de pré-natal. O bebê nasceu prematuro, com sífilis congênita e com crescimento intra-uterino restrito. Esteve por 43 dias internado na UTI Neonatal. Neste período foi visitado pela genitora apenas uma vez. O Serviço Social da UTIN caracterizou o caso como abandono e o encaminhou à Vara da Infância, que decidiu pelo acolhimento institucional da criança.

A equipe técnica do Juizado tentou contato telefônico algumas vezes e registrou:

“[...] liguei para [a companheira de Laís] novamente, a qual disse que deu recado à Laís, mas **ela disse que não quer a criança** e não vai procurar serviço algum” (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).

A avó e uma tia paternas apresentaram-se à Unidade de Acolhimento dispostas a assumirem a criança, mas declinaram da decisão. A avó paterna se diz explorada pelos filhos e relata que só se prontificou a assumir a criança para que a mesma não “ficasse com estranhos”.

Segundo dados do processo, o genitor da criança é alcoolista, tem transtorno psiquiátrico e não aceita fazer tratamento. Há relatos de que ele agredia Laís fisicamente.

Diante deste quadro, a equipe técnica do Juizado se manifesta pela destituição do poder familiar, “pois fica evidente que, no momento, os genitores e outros membros da família extensa não apresentam interesse e condições de cuidar da criança” (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).

Apesar de ter o pai conhecido, toda a responsabilidade pelo acolhimento institucional do recém-nascido recaiu sobre Laís, como pode ser verificado nos seguintes trechos da Ação de Destituição do Poder Familiar, impetrada pela Promotoria da Infância e Juventude:

"[...] a requerida é costumaz usuária da droga conhecida como 'crack'. Ao sucumbir ao vício, a ré acabou por deixar a criança ao abandono" (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).

"Destarte, resta evidente que a demandada [a mãe] **não possui condições alguma de exercer o seu poder familiar** e acima de tudo e, principalmente, o **seu papel de mãe**, tendo em vista ser notória a sua falta de responsabilidade, recorrente desde a fase gestacional até o seu abandono logo após dar à luz" (Idem).

"Observa-se que no caso em tela, **a requerida não demonstra agir como responsável** e ignora seus deveres maternos, bem como os interesses de seu filho" (Idem).

"Percebe-se que o comportamento adotado pela mãe da criança é descompromissado, **de quem não sabe o verdadeiro sentido da maternidade** [...] **A requerida falhou no exercício do poder familiar**, e, em face disso, deve perdê-lo, para que outra pessoa realize esse mister de forma conveniente para os interesses do infante" (Memorial, Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).

Passados dois meses do acolhimento, a criança foi entregue sob guarda provisória a um casal habilitado pela Vara da Infância para adoção. A sentença de Destituição do Poder Familiar ocorreu um 1 ano e 4 meses após o acolhimento, no entanto, foi contestada pelo Ministério Público, uma vez que não se garantiu o direito de ampla defesa da mãe. Ocorre que não tendo sido localizada para citação pessoal sobre o processo, Laís foi citada por edital, devendo-se neste caso ser indicado Defensor Público a ser designado como Curador Especial, o que não ocorreu.

O caso foi encaminhado ao Tribunal de Justiça, e em sua defesa, o então juiz da Vara da Infância e Juventude declarou:

"Ora, o **atendimento da Defensoria Pública a este Juizado sempre foi oscilante**, eis que nos últimos dez anos não foi comum ou regular o atendimento nos segmentos cível, criminal e de execução de medidas socioeducativas [...] Não é fácil e nem recomendável dizer para as crianças, em audiência concentrada ou por qualquer outro meio, que o seu interesse em ser adotado ainda levará uns dois anos ou mais em razão de divergências jurídicas".

A sentença foi anulada, mas posteriormente reiterada por outro juiz.

Nos documentos disponibilizados não há registro de acompanhamento da colocação da criança em família substituta na modalidade adoção.

Em 2017 Laís teve um bebê com graves problemas de saúde, sindrômico, que se encontra sob os cuidados da família.

Os registros da Rede Bem Estar dão conta de que atualmente Laís encontra-se referenciada na Unidade de Saúde do bairro onde reside com a sogra. Seu atual companheiro encontra-se privado de liberdade. A família é acompanhada pelo CRAS.

4.1.9 - Elizângela, um final feliz?

A primeira vez que Elizângela esteve no HUCAM foi aos 20 anos de idade. Na ocasião, tentou suicídio com arma branca, tendo sido submetida a procedimentos cirúrgicos no abdômen.

Em 2012, aos 34 anos, retornou ao Hospital para dar à luz seu sétimo filho. Na ocasião, informou que fazia uso de álcool e tabaco e que havia usado cocaína duas vezes durante a gestação.

Não fez pré-natal. O bebê nasceu prematuro e por isto foi encaminhado à UTI Neonatal.

Elizângela informou que residia com seus seis filhos, uma de suas irmãs e os dois filhos dela. Trabalhava esporadicamente como faxineira e recebia o apoio da Pastoral da Criança. Segundo ela, o bebê era fruto de um relacionamento casual e ela soubera recentemente que o genitor havia falecido.

Em contato com a Unidade de Saúde, a assistente social da Maternidade foi informada de que a paciente fazia uso de drogas, era envolvida com o tráfico, não frequentava a Unidade e os agentes tinham medo de abordar a família, pois a consideravam “perigosa”. Essas informações levaram ao acionamento do Conselho Tutelar.

Em reunião com a Unidade de Saúde sobre o caso, o referido Conselho veio a saber que no ano anterior, um dos filhos da irmã de Elizângela que residia com ela, veio a falecer em decorrência de diarreia crônica.

O caso foi considerado negligência familiar gravíssima e o Conselho decidiu pelo acolhimento institucional do bebê que nascera no HUCAM. No documento encaminhado ao Juizado da Infância e Juventude se lê:

"O Conselho Tutelar questionou [à Unidade de Saúde] porque este caso não foi encaminhado ao órgão anteriormente, tendo em vista as negligências dessas

genitoras [Elizângela e sua irmã] **com seus filhos**, ambos relataram muito temor em encaminhar o caso, devido a periculosidade que a família oferece" (Ofício do Conselho Tutelar ao Juizado da Infância e Juventude por ocasião do acolhimento do RN).

A criança foi retirada do Hospital pelo Conselho Tutelar, sem que a mãe tivesse sido comunicada sobre a medida. Os registros da assistente social da UTIN relatam que Elizângela chorou muito quando chegou para visitar o bebê e não o encontrou.

Elizângela, seus filhos e sobrinhos visitavam a criança com frequência no abrigo.

No Plano de Atendimento Individual (PIA) da criança, encaminhado ao Juizado da Infância quatro meses após o acolhimento, se lê:

*"Até o momento pudemos observar que a **genitora deseja o retorno da criança para a família**, entretanto, a **equipe** da [Unidade de Acolhimento] e a **rede de serviços que acompanha o caso ainda não tem segurança das condições da genitora para tal**" (PIA, Unidade de Acolhimento).*

A reintegração do bebê à sua mãe estava condicionada à frequência da genitora ao CREAS e dos seus demais filhos à Unidade de Saúde e à escola:

"A confecção do PIA e o relatório atualizado confeccionado pela atual unidade [de acolhimento] não logrou concluir quanto à possibilidade de reintegração familiar e nem mesmo acerca da adequação de colocação em família substituta. Tal situação deve-se à inadesão (sic) da genitora aos serviços da rede socioassistencial e de saúde do Município e à incipiência de informações necessárias para fundamentar um parecer técnico" (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).

Elizângela matriculou os filhos que não estudavam, apresentou atestado de frequência dos que estavam na escola, passou a frequentar a Unidade de Saúde e o CREAS. Mas ainda não era suficiente:

*"É importante destacar que a Sr^a Elizângela **realizou um movimento positivo com relação aos cuidados de seus filhos**, desenvolvendo habilidades e responsabilidades. Em destaque a sua preocupação com relação a matrícula da escola, atividades contraturno e o agendamento de consultas na US. **Desenvolveu e assumiu o papel de provedora do lar**, evoluiu em seu emprego, melhorou o salário. Porém, apesar disso, consideramos que a mesma necessita se comprometer com os acompanhamentos de forma sistemática. A equipe aposta na referida senhora, mas necessita de mais um tempo para avaliar" (Relatório de Acompanhamento Psicossocial, Unidade de Acolhimento).*

A equipe técnica do Juizado da Infância recomendou a manutenção do acolhimento institucional por 60 dias, apesar do "processo positivo de reorganização familiar e de assunção das esperadas atribuições maternas com vistas ao retorno da criança para o convívio familiar" (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).

Ocorreu que **o relatório que era para ter sido encaminhado ao Juizado em dois meses, só pode ser encaminhado em seis meses**, devido a mudanças na equipe técnica da Unidade de Acolhimento. Nele, “apesar do movimento positivo da mãe”, se recomendava a manutenção do acolhimento.

Depois disso, a criança contraiu uma bactéria cutânea e a equipe técnica do Abrigo decidiu aguardar a alta médica para prosseguir com a possível reintegração familiar.

Vários Serviços foram envolvidos no acompanhamento do caso: Unidade de Saúde, CRAS, CREAS, Escolas e CMEI, Programa Vitória Mais Igual³³, Programa Família Cidadã³⁴, além dos programas de habitação social do Município. Os relatórios sempre citavam a **relação afetuosa que Elizângela tinha com os filhos** que a acompanhavam aos atendimentos. Num deles se lê:

"[...] largo laço afetivo entre os membros [da família]. [...] Não encontramos motivos plausíveis que nos apontasse um desfavorecimento de proteção a genitora".

A despeito disso, o bebê de Elizângela continuava acolhido. Em relatório de visita domiciliar encaminhado ao Juizado da Infância, a equipe técnica da Unidade de Acolhimento informou que a genitora estava desistindo de reaver a filha: ***"Mesmo amando minha filha já estou desistindo dela porque acredito que não tenho chances de recebê-la de volta para morar comigo"***.

O referido relatório recomendava, finalmente, a reintegração familiar. O parecer foi acatado e a criança devolvida à sua mãe **um ano e cinco meses** após o acolhimento.

Durante muito tempo Elizângela ainda esteve sob a mira da Justiça, que solicitava regularmente relatórios de acompanhamento ao Conselho Tutelar, ao CREAS, à Secretaria Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Educação. O processo só foi extinto em 2017, quase cinco anos depois de ter se iniciado.

³³ O Vitória Mais Igual é um programa de renda mínima municipal destinado a atender famílias em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda per capita mensal de até R\$ 89,00. Disponível em: <http://vitoria.es.gov.br/cidadao/assistencia-as-familias#a_vitoriamaisigual> Acesso em 03 dez. 2018.

³⁴ O Família Cidadã era um programa de renda mínima municipal, destinado a famílias com renda per capita igual ou inferior a 1/3 (um terço) do salário mínimo, que visava o fomento de iniciativas empreendedoras. Atualmente o programa não recebe novos inscritos, segundo informações da Secretaria Municipal de Assistência Social.

As últimas informações dão conta de que Elizângela casou-se e reside com o companheiro e os filhos em Vitória. Em 2016 ela teve uma bebê que está sob seus cuidados.

Ainda em 2016, Elizângela, que já era beneficiária do Bolsa Moradia foi contemplada pela SEMOHAB com o Auxílio Moradia³⁵, um bônus no valor de R\$ 39.000,00 para aquisição da casa própria.

Em 2017 o CREAS comunicou à Vara da Infância que estava encerrando o acompanhamento do caso por não serem identificadas violações que o justificassem.

Elizângela encontra-se referenciada na Unidade de Saúde e sob acompanhamento do CRAS. Recebe os benefícios do Bolsa Família, do Vitória Mais Igual, do Bolsa Capixaba e do Programa Família Cidadã. Ainda assim, a renda per capita de sua família é de R\$ 115,00, o que a coloca ainda abaixo da linha de pobreza, segundo os critérios do MDS.

4.1.10 - Luzia, sozinha mesmo com muitos ao redor

Luzia foi criada pelo avô. Teve 3 filhos. Dois deles são cuidados pelo avô e uma tia materna. A outra criança foi entregue a terceiros, sobre os quais a família não tem informações.

Apesar de não haver registro de atendimento pelo Consultório na Rua, a família de Luzia afirma que ela passa grande parte do tempo em situação de rua. É usuária de *crack* e álcool.

Em 2013, grávida do seu quarto filho, Luzia se recusava a receber os cuidados de pré-natal que o Agente Comunitário de Saúde insistia em agendar. Neste período, o **Ministério Público solicitou a internação compulsória de Luzia**, o que não se

³⁵ O Bolsa Moradia e o Auxílio Moradia são projetos habitacionais do Município de Vitória, previstos na Lei Municipal 6569/ 2006, que se destinam a pessoas que residam em imóveis que apresentem instabilidade de estrutura, ou insalubridade ou ainda que estejam submetidos a riscos geológicos. O Bolsa Moradia possibilita a concessão de subsídio, parcial ou integral, para locação de imóvel residencial para famílias que estejam submetidas aos riscos previstos anteriormente, que estejam sendo beneficiadas por programas de reassentamento ou que sejam vítimas de catástrofe ou situações de calamidade pública. O Auxílio Moradia é um projeto em que o Município adquire o imóvel residencial submetido a risco estrutural e/ou geológico grave, condicionando o recurso recebido pelo beneficiário à aquisição de outro imóvel residencial.

concretizou. O caso foi discutido pela Unidade de Saúde em reunião de Matriciamento com o CAPS ad, onde ficou acordado que o acompanhamento domiciliar seria intensificado e as consultas ofertadas em aberto (sem necessidade de agendamento prévio). A coleta de exames seria feita na casa da paciente, sempre que possível. Luzia fez apenas duas consultas de pré-natal. Sua família sinalizava que não teria condições de assumir outra criança.

O bebê nasceu prematuro no HUCAM. Ficou 12 dias internado na UTI Neonatal. Luzia não sabia dar muitas informações sobre o pai da criança, além de seu primeiro nome.

O Conselho Tutelar foi comunicado pelo Serviço Social do Hospital sobre o caso, que decidiu pelo acolhimento do bebê. Na Guia de Acolhimento consta que o motivo teria sido abandono da criança no Hospital. Luzia nega que isto tenha ocorrido. Não há qualquer registro do Serviço Social do Hospital neste sentido.

Uma tia materna de Luzia se apresentou à Unidade de Acolhimento para assumir a guarda da criança. Na ocasião, uma tia do pai da criança começou a visitá-la e também se dispõe a assumi-la. Ao saber do interesse desta senhora, a tia de Luzia se retirou do processo, alegando que “sua preocupação era de que a criança não tivesse um teto para morar, mas já que a família paterna vem pleiteando a guarda ela fica mais tranquila” (Plano Individual de Atendimento, Unidade de Acolhimento).

Após quase cinco meses de acolhimento, o bebê foi entregue aos cuidados de sua tia-avó paterna. Importa dizer que esta senhora, além de seus 3 filhos, cuidava também de 5 sobrinhos, filhos de uma irmã que cumpria pena por envolvimento com o comércio de substâncias psicoativas. Um desses sobrinhos era o pai do bebê acolhido, que durante o processo judicial também veio a ser detido. Pelo fato de a família ser numerosa, foi incluída no Serviço de Acolhimento em Família Extensa (SAFE) e passou a receber um benefício financeiro mensal no valor de R\$ 430,00.

A partir de então, os relatos de acompanhamento focam a relação da criança com a família extensa e dão conta de que ela se adaptou bem à família e seu desenvolvimento está de acordo com as expectativas para sua faixa etária.

Os documentos referem-se aos genitores da seguinte maneira:

“Diante do exposto, identificamos que atualmente os genitores não dispõem de organização necessária para assumirem os cuidados e proteção da criança” (1º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

Especificamente sobre a relação da criança com a mãe, tem-se:

Mãe "não busca a criança e permanece a maior parte do tempo em situação de rua" (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude de Vitória).

"[...] a criança, com a estimulação dos tios, se recorda do pai, referindo-se a ele como pai André; porém, desconhece a existência da mãe. Sendo orientado aos tios que respeitando a compreensão da criança de acordo com a sua idade, que ela seja informada sobre a existência da mãe biológica, e tenha conhecimento sobre sua história" (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude de Vitória).

"Alice [tia-avó paterna] levou a criança ao bairro onde Luzia mora para que visse a filha, e informou que a mãe da criança se encontra na mesma situação de drogadição, e que perdeu o bebê (visto que estava grávida novamente)" (1º Relatório de Acompanhamento do SAFE).

No 2º Relatório de Acompanhamento de Reintegração a Unidade de Acolhimento informou que estava encerrando o acompanhamento do caso devido ao prazo estipulado pelo Juizado ter se esgotado e por “identificar que **a situação que culminou o acolhimento da criança encontrar-se superada**” (2º Relatório de Acompanhamento de Reintegração, Unidade de Acolhimento, grifo nosso).

Se esta constatação se refere à criança, não pode ser aplicada à Luzia, que, depois disto deu entrada duas vezes no Pronto Atendimento, levada pelo SAMU, com crise convulsiva decorrente do uso abusivo de *crack*. Numa destas ocasiões, deu entrada como Pessoa Não Identificada (PNI). Após identificada, seu avô foi localizado, entretanto, informou que não se dispunha a buscá-la e que não havia familiar disponível para acompanhá-la.

Luzia foi acompanhada pelo CREAS em 2013 e 2016, mas atualmente os dados do SIGAF registram atendimentos pontuais realizados pelo CRAS.

4.1.11 - Raquel, sempre às voltas com a maternidade

Aos 31 anos de idade, Raquel já contava 9 gestações. Algumas dessas crianças se encontram com as famílias paternas, outro com a avó materna, pelo menos um foi entregue em adoção e outros dois faleceram.

Quatro destas crianças nasceram no HUCAM: uma faleceu enquanto esteve internada na UTI Neonatal e três foram acolhidas. Um dos bebês acolhidos também faleceu enquanto esteve no abrigo. Infelizmente não conseguimos acesso ao processo judicial desta criança, pois o mesmo não foi localizado.

Também não conseguimos acesso ao processo do bebê nascido no HUCAM em 2013, pois o mesmo tramitou em outra Comarca. Foi-nos possível saber, no entanto, que a guarda desta criança foi entregue à avó paterna.

Para fins deste relato nos deteremos ao processo que tratou da criança nascida e acolhida na Maternidade do HUCAM em 2014.

Antes, porém, é preciso dizer que Raquel tem histórico de permanência em situação de rua. Atualmente ela se encontra nesta condição, juntamente com seu companheiro Lucas. Ambos fazem uso de *crack*.

Raquel não tem muito contato com a sua família de origem, por isto, “adotou” a mãe de Lucas, Dona Leonora, como sua referência familiar.

Em relatório enviado ao Conselho Tutelar, Raquel foi descrita da seguinte forma pela equipe do Centro Pop:

*"A assistida **Raquel**, por diversas vezes, **apresentou desejo de superação de sua situação de rua**, contudo sua história é repleta de recaídas, violação de direitos, ausência de referência familiar, de moradia, fatos que dificultam a possibilidade de evoluir em relação aos seus objetivos e na sua convivência relacional, social e conjugal" (Relatório do Centro-Pop ao Conselho Tutelar).*

De fato, há muitos registros na Rede Bem Estar da precariedade em que Raquel vive. Numa ocasião, a assistente social assim descreve o que presenciou em visita domiciliar:

*"O objetivo da visita era de conhecer a realidade na qual a família está inserida. Ao chegarmos na casa fomos recebidos por Lucas. **O casal está vivendo em um porão embaixo da casa que sua madrasta mora com seu irmão. O porão é insalubre, sem utensílios domésticos básicos e sem banheiro**" (Assistente Social da US, Rede Bem Estar).*

Pouco tempo depois da visita, a casa foi condenada pela Defesa Civil e o casal precisou deixá-la.

Em outro momento, a mesma assistente social relatou da seguinte forma o atendimento que fez a Raquel, gestante na ocasião:

*"A paciente veio ao Serviço Social para relatar algumas dificuldades que tem passado quanto à **alimentação, moradia e outros**. Foram feitas reflexões e orientações quanto ao acompanhamento junto à US, o objetivo da cesta básica, dado encaminhamento ao CRAS, do acompanhamento do CT e CAPS ad e outros. [...] Feitas orientações e reflexões acerca da importância do casal em assumir os serviços que lhe são propostos. Objetivando contribuir para uma gravidez saudável e evitando a destituição do poder familiar" (Assistente Social da US, Rede Bem Estar).*

Há muitos registros de atendimento de Raquel pelo Consultório na Rua. É interessante notar como grande parte deles gira em torno das gestações ou da possibilidade de Raquel engravidar: suspeitas de gravidez, testes rápidos, contraceptivos e busca ativa para o pré-natal.

Foi neste contexto que Raquel descobriu-se novamente grávida em 2014 pela oitava vez. O parto ocorreu no HUCAM e a criança precisou ser encaminhada à UTI Neonatal, onde permaneceu por dois dias porque apresentou desconforto respiratório.

Considerando a história social e familiar de Raquel, o Serviço Social acionou o Conselho Tutelar, que já a conhecia e decidiu pelo acolhimento institucional do recém-nascido:

*"Ambiciona-se com o acolhimento o sentido da superação destas dificuldades com a droga e o modus vivendi atual. Acreditando que no momento o afastamento da criança de seus pais é, ainda que sofrida e impactante para a vida de ambos, a melhor alternativa, tanto para seu desenvolvimento pessoal quanto para a iniciativa para que os genitores da criança possam buscar e atender aos encaminhamentos realizados pelos equipamentos da rede, **tornando-se futuramente de fato as pessoas ideais para que a criança possa crescer, viver e desenvolver-se**" (Relatório do Conselho Tutelar à Vara da Infância e Juventude, grifos do autor).*

Na alta hospitalar de Raquel o casal seguiu para a casa de Dona Leonora. Cinco dias depois, alegando conflitos familiares, haviam deixado a casa da referida senhora e aguardavam vaga para pernoitarem na Hospedagem Noturna.

Raquel e Lucas visitavam a criança com regularidade no abrigo, mas a equipe técnica daquela Unidade de Acolhimento avaliou que eles não tinham condições de assumir a criança, manifestando-se da seguinte forma à Vara da Infância:

*"Ante o exposto, identificamos que atualmente **os genitores não dispõem de organização necessária para assumirem os cuidados e proteção da criança supracitada, observando-se a necessidade de maiores intervenções visando à superação da situação de rua e uso abusivo de drogas**" (Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).*

Aventou-se a possibilidade de Dona Leonora assumir a guarda, mas a princípio ela se opôs:

"[...] sendo relatado que não se tratava de dificuldade financeira, mas de cansaço, afirmou ter enfrentado dificuldades com o filho quando assumiu a guarda de Kainã. [outro filho do casal sob sua responsabilidade], pois o mesmo não a reconhecia como autoridade, pois queria pegar a criança para passeios externos e não queria devolver, sendo necessária a intervenção de vizinhos para auxiliar a família" (Relatório de acompanhamento, CV1).

Um mês e meio depois, a avó paterna voltou atrás em sua decisão e solicitou encaminhamento à Defensoria Pública para entrar com pedido de guarda. A Equipe Técnica da Unidade de Acolhimento recomendou a reintegração familiar da criança à família extensa, tendo sido o parecer acatado pelo Juiz. Após nove meses de acolhimento, o bebê foi entregue aos cuidados da avó paterna.

Na audiência em que se definiu o desfecho do caso, o Juiz, após consultar Raquel, determinou à **Secretaria Estadual de Saúde que providenciasse sua laqueadura** ou outro procedimento médico que lhe fizesse as vezes. Não há informações de que alguma medida tenha sido tomada neste sentido, no entanto, cabe ressaltar que a conduta do magistrado fere a Lei 9.263 de 1996, que em seu Art. 12, veda a "indução ou instigamento individual ou coletivo à prática de esterilização cirúrgica" (BRASIL, 1996, sem paginação). A proposta do magistrado à Raquel vincula claramente a laqueadura à prática de controle demográfico, o que é proibido pela referida Lei³⁶.

No relatório de acompanhamento, protocolado mais de um ano após o desligamento da criança da Unidade de Acolhimento, a equipe técnica daquela instituição informou que a criança encontrava-se bem e adaptada à família. Informava ainda que Lucas havia sido baleado, tendo passado por diversas cirurgias. Para que pudesse atender

³⁶ Caso semelhante ganhou ampla divulgação da mídia nacional em Junho de 2018, quando o Ministério Público do município de Mococa impetrou ação solicitando a esterilização cirúrgica de Janaína Aparecida Quirino. O caso veio a público através do texto de Oscar Vilhena Vieira em coluna do Jornal Folha de São Paulo, no qual o colunista denunciou os reais motivos para a determinação do procedimento que, naquele caso, foi levado a cabo: "mulher pobre, em situação de rua, e que tem muitos filhos" (VIEIRA, 2018). Menandro (2018), analisando o caso, o comparou à política de esterilização obrigatória de pessoas consideradas "inaptas" adotada pelos EUA, na década de 1930. Os inaptos a procriarem, segundo Davis (2016, p. 216) seriam as "pessoas com atraso ou deficiência mental, epiléticas, analfabetas, miseráveis, que não têm condições de obter um emprego, criminosas, prostitutas e viciadas".

às suas demandas de saúde, Dona Leonora havia deixado os netos aos cuidados de uma conhecida, mas as crianças já haviam sido reintegradas à família.

4.1.12 - Jaqueline, onde estão as saídas?

Os pais de Jaqueline faleceram quando ela tinha 13 anos: a mãe, de cirrose; o pai morto a tiros em confronto com a polícia. Ele exercia atividades junto ao tráfico de drogas.

Jaqueline passou um tempo nas ruas, depois na casa de um e de outro. Ilétrica, não tinha documentos, nem ninguém por ela. Teve três maridos. O primeiro, aos 14 anos. O filho mais velho nasceu quando ela tinha 19 anos. Aos 27, já eram seis. Nenhum deles está sob seus cuidados.

Jaqueline conversa bastante com a assistente social da Unidade de Saúde onde está referenciada e com ela fala sobre a relação de idas e vindas que tem com dois companheiros. Relata conflitos com os dois. Fala sobre situações de violência física e sexual que ambos praticaram contra ela. Em junho de 2018 foi atendida no PA após ter sido agredida pelo atual companheiro. Na ocasião relatou estar escarrando sangue há cinco dias. Quando questionada sobre o motivo de continuar com ele, ela afirmou não possuir alternativas, não tem para onde ir. Jaqueline tem receio de perder o pequeno cômodo sem janelas e sem banheiro em que vive.

Há cinco anos Jaqueline tentou romper com a situação. Na ocasião procurou a Unidade de Saúde para pedir orientação sobre abrigamento. Relatou que havia se separado do companheiro e que há uma semana estava morando de favor na casa de um conhecido com o filho de 3 anos. A assistente social fez alguns contatos e retornou com a informação de que as vagas para acolhimento de mulheres são disponibilizadas por meio de ordem judicial por motivo de risco de moradia ou situação de violência. Àquela época, Jaqueline estava grávida e não sabia o que fazer quando o filho nascesse. Achou por bem voltar para o companheiro e “tocar a vida”.

Em setembro de 2013 Jaqueline foi denunciada pela cunhada ao Conselho Tutelar por causa do uso de drogas. Na ocasião, dois de seus filhos foram acolhidos. Jaqueline, que não se considerava dependente e nunca havia procurado tratamento, compareceu ao CAPS ad, encaminhada pelo Conselho Tutelar. Estava

acompanhada do companheiro e, na ocasião, a psicóloga do Serviço observou que a relação entre eles parecia mais de pai e filha, que de marido e mulher. A guarda das crianças foi entregue à família extensa.

Na mesma época descobriu-se grávida. A menina que ela desejava nasceu no HUCAM. Jaqueline havia feito sete consultas de pré-natal, mas só descobriu que era HIV+ no teste rápido realizado antes da internação. Na ocasião, relatou que havia sofrido um estupro durante a gravidez, mas não denunciou nem procurou os serviços de saúde.

Jaqueline acompanhou a internação do bebê durante os dez dias necessários para o tratamento de sífilis. O pai da criança a visitava no hospital e providenciou o registro da bebê. Ao receber alta, a menina foi acolhida por determinação do Conselho Tutelar, que já conhecia o caso.

A condição colocada para que a família pudesse reaver a guarda da criança era a adesão aos serviços de saúde, entre os quais CAPS ad e o Programa DST/AIDS.

Jaqueline verbalizava seu desejo em assumir os cuidados e proteção de sua filha, contudo, para os profissionais que acompanhavam o caso, *“essa intenção não era acompanhada de um movimento de responsabilização, uma vez que Jaqueline vem se posicionando de forma imatura e até mesmo negligente em relação ao seu autocuidado frente às questões de saúde” (1º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento)*. Em outro momento registra-se: *“[...] os genitores não respondem aos encaminhamentos da rede de atendimento socioassistencial e de saúde que visa superar a condição de fragilidade que eles se encontram, como o quadro de drogadição e negligência quanto à saúde” (2º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento)*.

Durante todo o processo o pai se manifestou contrário à destituição do poder familiar, mas apresentava-se na dependência de seus irmãos para assumirem o cuidado: *“Roney [o pai] terceiriza a responsabilidade a outros familiares” (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude)*. Os tios da criança, no entanto, não estavam dispostos a fazê-lo.

Antes que houvesse um desfecho para o caso, Jaqueline estava grávida novamente. O bebê nasceu no HUCAM e, **por determinação judicial, Jaqueline foi submetida**

à **laqueadura durante o parto**³⁷. A criança também foi acolhida por determinação do Conselho Tutelar.

A despeito de Jaqueline ter feito várias consultas de pré-natal e ter iniciado acompanhamento no CAPS ad,

"[...] o relatório psicossocial da equipe técnica da entidade de acolhimento demonstrou, a partir de acompanhamento realizado pela rede, em conjunto, que não houve efetiva adesão, e o tratamento contra dependência química iniciou-se, mas não perdurou" (Promotoria da Infância e Juventude de Vitória).

Desta feita, no entanto, o pai da criança não era o mesmo e logo uma tia paterna apresentou-se para assumi-la. Quatro meses após o acolhimento, o pedido de guarda foi acatado.

Jaqueline e Roney foram destituídos do poder familiar da primeira criança acolhida. Após um ano e dez meses, ela foi colocada em família substituta na modalidade adoção.

No processo judicial não há qualquer informação sobre o acompanhamento realizado após a criança ter sido colocada em família substituta.

Jaqueline já foi acompanhada pelo CREAS em função do acolhimento de seus filhos. Atualmente, no entanto, este acompanhamento não acontece. Ela encontra-se cadastrada como paciente ocasional na Unidade de Saúde.

4.1.13 - Camila, 1.067 dias

Camila iniciou o uso de *crack* e cocaína aos 13 anos. Morava com a mãe na Bahia, mas a relação conflituosa a fez buscar a casa do pai em Vitória. Não há informações sobre a idade de Camila na época em que tomou esta decisão. Sabemos, no entanto, que ela deixou um filho na Bahia e veio acompanhada da filha, na época com 2 anos. Durante dois anos manteve-se abstinente, mas os conflitos com o pai a levaram às ruas, onde voltou a fazer uso de *crack*. A filha foi acolhida na ocasião e, posteriormente, entregue pela Justiça ao genitor na Bahia.

Camila tem registro de atendimentos na rede de saúde de Vitória. A maioria se refere a busca ativa do Consultório na Rua para consultas de pré-natal e tratamento

³⁷ Cabe destacar, que, além de vedar a indução ou instigamento de esterilização cirúrgica, como mencionado anteriormente, a Lei 9.263 de 1996 (BRASIL, 1996) proíbe que o procedimento seja realizado nos períodos de parto ou aborto, salvo estrita indicação médica.

de sífilis. Diagnosticada em 2014, Camila iniciou o tratamento várias vezes, mas o pavor de injeções dificultava a continuidade do mesmo.

No HUCAM, Camila esteve pela primeira vez em 2015, por ocasião de parto prematuro (35 semanas de gestação). A criança foi encaminhada à UTIN, onde permaneceu por dez dias para tratamento de desconforto respiratório e sífilis congênita.

Desde o nascimento desse filho, Camila dizia que queria cuidar dele. Dentro da UTIN era presente e participativa. Apesar disso, o fato de ser usuária de drogas e não possuir residência fixa levou o Conselho Tutelar (acionado pelo Serviço Social do Hospital), a solicitar o acolhimento do recém-nascido, acatado pelo Juizado da Infância e Juventude.

*“Na oportunidade, Camila declarou em atendimento psicossocial que **deseja exercer os cuidados do filho** e que iria tentar se esforçar para reunir a organização necessária [...] Disse ainda que **é contrária à decisão de seu filho ficar sob os cuidados da família extensa** [...], pois ela mesma **quer reaver os cuidados da criança**. Dessa forma, refletimos com a genitora sobre a importância de adesão ao acompanhamento dos serviços socioassistenciais para se trabalhar o fortalecimento com vistas à possibilidade de reintegração familiar” (2º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).*

Posteriormente, registra-se:

“A genitora não está inserida em acompanhamento, não prosseguindo com a proposta de iniciar um processo de organização para reaver os cuidados com a criança” (1º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento de Média Permanência para onde a criança foi transferida).

A equipe técnica da Unidade de Acolhimento conseguiu contato com uma irmã de Camila, que residia no interior do Estado. A princípio, ela demonstrou interesse em assumir a guarda da criança, mas desistiu alegando que sua família vinha recebendo ameaças da irmã, que dizia que mataria quem assumisse a guarda.

Uma tia-avó da criança, que residia na Bahia, soube do acolhimento da criança e apresentou-se para assumi-la. No entanto, o parecer do CREAS da região, solicitado pelo Juizado da Infância e Juventude, foi desfavorável a esta decisão:

“No documento emitido pelo CREAS foi descrita a situação sociofamiliar e econômica da tia de Camila, a qual se encontra gestante do terceiro filho e por isso necessitando de apoio da sua mãe, visto que tem manifestado um quadro de frequentes desmaios. A família reside em um assentamento do MST [Movimento dos

Trabalhadores Rurais Sem Terra], em um domicílio improvisado e simples. Além disso, já cuida de um dos filhos de Camila, que apresenta crises convulsivas, alteração cardíaca e ortopédica” (2º relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

Camila foi destituída do poder familiar. A criança permaneceu acolhida por **1.067** dias, quando foi encaminhada a família substituta na modalidade adoção. Apesar de o ECA prever em seu Art. 19, Parágrafo 2º, que a criança permaneça acolhida por, no máximo 18 meses, a extensão do prazo no caso desta criança se justificou pela dificuldade da Vara em conseguir que as Secretarias de Assistência Social dos municípios onde a irmã e a tia de Camila moravam informassem àquele Juizado sobre o interesse e as condições das mesmas para receberem a criança.

Na sentença, lê-se:

*“[...] ressalto que não se busca, com a medida extrema de **decretação da perda do poder familiar, a penalização da requerida [Camila] em razão das circunstâncias pessoais ou patrimoniais em que se encontra, mas, pela inércia quanto ao dever e de aderir aos serviços postos à sua disposição para mudança do quadro em que vive, a fim de propiciar a retomada da criança ao convívio familiar” (Sentença de Destituição do Poder Familiar, Vara da infância e Juventude de Vitória).***

Em 2017, Camila teve outra menina, também acolhida por decisão da Justiça. O processo de destituição familiar encontra-se em andamento.

Em 2017 Camila foi atendida no PA após ingerir uma cartela de comprimidos que não soube identificar. Em maio do mesmo ano, foi atendida no mesmo PA em decorrência de ter sofrido violência sexual. Em outubro de 2016 foi encaminhada ao Hospital São Lucas após ter sido agredida pelo ex-companheiro com quem não desejava mais relacionar-se. Isto já havia ocorrido em 2015, ocasião em que se encontrava gestante.

Camila esteve em acompanhamento pelo Centro Pop em 2014, mas atualmente, em situação de rua, é atendida pontualmente pelo Serviço de Abordagem Social.

Camila teme as injeções, mas sua história está repleta de violências narradas pelos profissionais por quem passou nestas circunstâncias. Até quando Camila “passará” pelos serviços?

4.1.14 - Kênia, morte prematura

Kênia foi criada pela avó, sua principal referência familiar. Aos 15 anos, foi morar com o companheiro na casa que era de sua falecida mãe.

Aos 13 anos, Kênia foi atendida no PA por intoxicação por cocaína. À assistente social do HUCAM sua avó contou que a neta fazia uso abusivo de drogas desde os 11 anos de idade, época em que foi expulsa da escola e não mais retornou. De acordo com essa senhora, desde então, eram frequentes os episódios de fugas, furtos e venda do mobiliário da casa.

Aos 16 anos engravidou. Seu bebê nasceu no HUCAM e precisou ficar na UTI neonatal para tratamento de sífilis congênita.

Kênia fez apenas uma consulta de pré-natal. Mesmo diagnosticada com sífilis na gravidez, ela não respondeu à busca ativa realizada pela Unidade de Saúde.

Na Maternidade, Kênia se mostrava zelosa e vinculada à criança, amamentando-a exclusivamente ao seio. O pai do bebê comparecia com frequência. A relação de Kênia com seu companheiro preocupava a avó. Ela chegou a dizer que ele era “violento igual a um lobo”.

A avó de Kênia não se dispôs a assumir a criança, alegando idade avançada (70 anos) e problemas de saúde. O pai da adolescente também disse que não poderia assumir o neto porque vinha enfrentando um tratamento sério, sob o risco de perder a visão.

Considerando o histórico pessoal e familiar da adolescente, o Serviço Social do HUCAM encaminhou o caso ao Conselho Tutelar, que por sua vez, o encaminhou à Promotoria da Infância e Juventude.

Definiu-se que a mãe e o bebê deveriam ser acolhidos juntos. A princípio, Kênia não aceitou ser acolhida, mas acabou concordando. Como o acolhimento se deu fora do horário de expediente, a educadora responsável pela Unidade naquele plantão disse que só poderia receber o bebê, porque a mãe não se enquadrava no perfil etário da instituição. Pediu que retornasse no dia seguinte.

No dia seguinte, Kênia, sua avó, seu companheiro e os profissionais da Unidade de Acolhimento compareceram à Vara da Infância. Na ocasião, tendo sido ouvidos, a equipe técnica do Juizado considerou que

“[...] os elementos apresentados são controvertidos, mas insuficientes para manter a aplicação de medida tão gravosa como o acolhimento institucional [...] Nesse sentido, entendemos que a Unidade de Saúde do bairro seria suficientemente competente para acompanhar mãe e filho em suas necessidades iniciais, de forma que oferecemos parecer favorável à imediata reintegração familiar de ambos e à colocação dos mesmos sob a guarda da avó materna” (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).

A Juíza revogou a decisão de acolher Kênia, mas manteve o bebê na instituição sob o argumento de que a situação da família precisava ser mais bem esclarecida.

No 1º Relatório de Acompanhamento, a Unidade de Acolhimento recomendou a reintegração da criança aos genitores:

“Consideramos oportuno mencionar que a família de origem está mobilizada quanto à reintegração da criança para a família de origem [...] São presentes às visitas e seguem com celeridade os encaminhamentos realizados pela Rede de Serviços” (1º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

Importa destacar que, apesar de presente, o pai da criança não a registrou, alegando falta de documentos pessoais.

O 2º Relatório de Acompanhamento, encaminhado 21 dias depois do primeiro, traz um cenário diferente. Nele, informa-se que Kênia já não visitava a criança com a mesma regularidade e que tanto ela quanto o companheiro haviam recaído em relação ao uso de drogas. Informava ainda que o genitor era foragido da Justiça, usava nome falso e era considerado “perigoso” (2º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

O pedido de reintegração familiar foi revogado:

*“[...] haja vista que as **informações atuais** são de que os **genitores não tem conseguido dar continuidade**, por ora, no processo de reorganização iniciado, estando em **possível recaída** quanto ao uso de substâncias” (Idem).*

O próximo relatório enviado à Vara da Infância informa sobre o assassinato de Kênia, aos 16 anos. O companheiro é o principal suspeito, por isto solicita-se no documento a transferência da criança para outra Unidade de Acolhimento e a suspensão das visitas do pai, até que o crime seja elucidado.

Após o óbito de Kênia, a equipe técnica da Unidade de Acolhimento convocou a família extensa para definir como ficaria a situação do bebê. Na ocasião, um casal de primos da adolescente se dispôs a assumir a criança. Eles entraram com o pedido de guarda na Vara de Órfãos e Sucessões, sendo-lhes concedida.

Os Relatórios de Acompanhamento de Reintegração Familiar informam que a criança se adaptou muito bem à nova família, que lhe dispensava os cuidados necessários. Informam ainda que o Termo de Tutela Definitiva foi emitido pela Vara de Órfãos e Sucessões e que o casal ajuizou ação de adoção na Vara da Infância.

A Unidade de Acolhimento informou ao Juizado que foi procurada pelo genitor da criança para ter notícias sobre o processo, tendo sido encaminhado ao Juizado. Entretanto, este não compareceu.

4.1.15 - Karen, poucas notícias

Desde o falecimento de seus pais, Karen e duas irmãs, ainda menores de idade, foram entregues aos cuidados da irmã mais velha.

Esta irmã, em atendimento na Unidade de Saúde, contou à Assistente Social que todas as irmãs lhe deram problemas no processo de adolescer, mas Karen superou às demais. A adolescente já esteve privada de liberdade por furto, envolvimento com o tráfico de drogas e por ter agredido uma das irmãs com arma branca.

Na Rede Bem Estar encontramos o registro de que, em 2014, aos 16 anos, Karen foi atendida no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) uma única vez, ocasião em que se descreveu como “muito nervosa”.

No SIGAF encontramos que ela foi acompanhada pelo CREAS entre os anos de 2013 e 2016 e pelo serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida de Liberdade Assistida (LA).

Em 2015, Karen teve um bebê. Segundo relatos de sua irmã à Assistente Social da Unidade de Saúde, durante a gestação, procurou o Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude e a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente solicitando apoio para Karen, que se encontrava em situação de rua, fazendo uso abusivo de drogas e sem aderir ao pré-natal. Na ocasião, recebeu como resposta que **nada poderia ser feito, que era preciso esperar o bebê nascer para que o**

Hospital acionasse o Conselho Tutelar. Ao nascer, a criança foi entregue aos cuidados da avó paterna. Não há informações se isto ocorreu por determinação judicial.

Em 2017 nasceu, no HUCAM, o segundo filho de Karen. A criança ficou 18 dias internada na UTIN com quadro de sepse e sífilis. Na ocasião, o Sr Gustavo, atual companheiro de Karen, apresentou-se como pai e registrou a criança.

Karen, que havia se internado com outro nome, entrou por diversas vezes em contradição sobre o local de residência e o uso de drogas. O caso foi encaminhado pelo Serviço Social do HUCAM ao Conselho Tutelar. Karen e sua irmã não atenderam às convocações para comparecerem àquele órgão, que decidiu pelo acolhimento da criança.

Apesar de muito presentes durante a internação do bebê, poucas vezes Karen e Gustavo visitaram a criança enquanto esteve no abrigo.

Na Unidade de Acolhimento, uma senhora apresentou-se contestando a paternidade de Gustavo e afirmando, com convicção, ser a avó paterna da criança. Seu filho, na ocasião privado de liberdade, era o pai do primeiro filho de Karen, de quem ela assumira a guarda.

A partir de então, todo o investimento da equipe técnica da Unidade de Acolhimento se voltou para a possibilidade da guarda ser entregue a esta senhora, que visitava a criança com regularidade.

A Juíza da Infância solicitou o exame de DNA e a paternidade foi confirmada. O bebê foi, então, entregue à avó, após 7 meses de acolhimento.

Depois disto, poucas são as informações em relação a Karen. Os registros da Rede Bem Estar informam que de vez em quando ela é abordada pelo Consultório na Rua, mas nega que esteja em situação de rua. Dados do SIGAF, no entanto, informam que ela se encontra atualmente nesta condição.

Não há registro de acompanhamento do processo de guarda da criança.

4.2 – QUE HISTÓRIAS DEVEMOS ENXERGAR AQUI?

Após apresentarmos as histórias das mulheres, queremos destacar o que elas têm em comum: pobreza, drogas e perda da guarda dos filhos. Começamos por variáveis que até agora não exploramos: 12 das 15 mulheres aqui apresentadas são negras (80%)³⁸, uma mulher foi classificada como branca e em dois casos não consta essa informação em nenhum dos documentos analisados. A categoria raça é muito importante no contexto desta pesquisa porque evidencia mais uma forma da incidência punitiva do Estado sobre a população negra.

No entanto, ela não pode ser considerada isoladamente. É preciso relacioná-la à categoria classe social, que nesta pesquisa se apresentou por um conjunto de variáveis: são mulheres com **baixo nível de escolarização** (6 estudaram até o Ensino Fundamental Incompleto, uma era iletrada e apenas uma concluiu o Ensino Médio) e que **foram mães muito jovens** (9 mulheres tinham idade entre 16 e 27 anos à época do parto).

Dados do IBGE³⁹ mostram clara relação entre escolarização e número de filhos. Segundo o órgão, mulheres com até sete anos de escolaridade tem quase o dobro de filhos (3,19) do que aquelas que passaram oito anos ou mais nos bancos escolares (1,68). Além disso, entre as mulheres com menor grau de instrução, o padrão de fecundidade tende a ser mais jovem: as mulheres com mais de oito anos de estudo são mães, em médias, com 27,8 anos, enquanto aquelas que não terminaram o ensino fundamental tem filhos com 25,2 anos.

Ainda segundo o IBGE (2010), as mulheres negras, menos escolarizadas do que mulheres brancas, possuem famílias maiores e rendas menores, caracterizando o segmento mais empobrecido do país (SILVA, 2013). Temos assim, o envelhecimento ao qual se referiu Saffiotti (2005) entre gênero, raça e classe social, que penaliza enormemente as mulheres negras do país.

³⁸ De acordo com a classificação do IBGE, a categoria negros engloba os que se declaram pretos e pardos. Cabe ressaltar que não temos evidências de que a metodologia autodeclaratória da cor, adotada pelo IBGE, tenha sido utilizada para o preenchimento dos documentos analisados nesta pesquisa. O mais provável é que o campo tenha sido preenchido pelos profissionais que dispensaram atendimentos às mulheres.

³⁹ Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=1&idnoticia=1717&t=sis-2010-mulheres-mais-escolarizadas-sao-maes-tarde-tem-menos-filhos&view=noticia>>. Acesso em 25 nov. 2018

O viés de classe social que perpassa nossa pesquisa ficou evidenciado em outro indicador socioeconômico: renda per capita. Das mulheres sobre as quais foi possível obter a informação (11 das 15)⁴⁰, 5 não possuem qualquer renda e uma recebe valores inferiores a R\$ 89,00, o que, segundo os critérios do MDS, coloca este grupo entre o segmento extremamente pobre da população. Três outras mulheres recebem valores entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00, compondo o segmento pobre, e duas mulheres têm rendimentos acima desse valor (R\$ 394,00 e R\$ 567,00, respectivamente).

Cabe destacar que o Bolsa Família, como dito anteriormente, é um Programa de transferência de renda, com 86% de cobertura, destinado a alcançar as pessoas pobres e extremamente pobres, que na nossa pesquisa somam 9 de 11 mulheres. A despeito disto, apenas 4 mulheres receberam em algum momento o benefício. Dessas, 3 continuam a recebê-lo e uma teve o benefício suspenso⁴¹.

Fávero (2014) também constatou baixa cobertura do Programa entre o público da sua pesquisa, que tratou dos processos de destituição do poder familiar. Ou seja, apesar de viverem em situação de extrema pobreza, os pais destituídos não são alcançados pelos programas de combate à fome e à pobreza, ratificando afirmação de Fávero (2014, p. 10) “[...] os programas de transferência de renda em execução no país, [...] não estão chegando à ampla maioria desse segmento da população, nem antes e possivelmente nem depois da destituição do poder familiar”.

Podemos inferir que o segmento do qual tratamos compõe o que Marx (1990, p. 273) chamou de “o mais profundo sedimento da superpopulação relativa” ou “lumpemproletariado”. Segundo o autor, trata-se de “degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho”, que habitam a “esfera do pauperismo” e constituem-se “peso morto para o exército industrial de reserva”. A este grupo sequer estão destinadas as políticas sociais mais focalizadas que deveriam garantir sua auto-reprodução (BRAVO, 2008).

⁴⁰ As informações sobre a renda per capita das mulheres pesquisadas foram extraídas do SIGAF e se referem à atualidade. Foram excluídas, portanto, duas mulheres que faleceram e duas que não estão inscritas no sistema.

⁴¹ Segundo informações da Secretaria Municipal de Assistência Social a suspensão do benefício, neste caso, se deu por ausência de saques.

Neste segmento, a luta pela sobrevivência é diária e, sem acessar programas da Assistência Social, algumas mulheres recorrem à comercialização de seus corpos para ganho de recursos. No contexto da nossa pesquisa, três mulheres relataram essa prática. Esse dado segue tendência encontrada pela Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (Jalil et al, 2014), segundo a qual 48% das mulheres relatou ter recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo nos 30 dias anteriores à pesquisa. Quando comparado aos usuários do sexo masculino, este número cai para 13%. Este dado ressalta a marcante desigualdade de gênero na esfera das trocas sexuais entre usuários de drogas.

Esse dado ganha uma dimensão especial no contexto desta pesquisa porque o Art. 1.638, III, do Código Civil prevê a perda do poder familiar para o pai ou a mãe que “praticar atos contrários à moral e aos bons costumes” (BRASIL, 2002). Apesar de a Lei não definir o que são “atos contrários à moral e aos bons costumes”, é comum no Brasil que, baseados neste artigo, magistrados determinem a perda do poder familiar dos pais, e mais especialmente das mães, que se prostituem (ROSA, 2015). Esse é um argumento que encontramos nos autos de destituição do poder familiar de uma das crianças pesquisadas:

"Consta nos autos [...] que embasa a presente ação, que Rosana, exerce a função de prostituta e tem outros 4 filhos, três deles já entregues por ela a outras pessoas para criação, o que retrata o histórico de negligência da requerida em relação aos filhos. **Além de exercer função imprópria ao desenvolvimento sadio da criança**, Rosana é usuária de substâncias entorpecentes" (Ação de Destituição do Poder Familiar, Promotoria da Infância e Juventude).

Mas o que seria “exercer função imprópria ao desenvolvimento sadio da criança”? Para Rosa (2015), o exercício de uma profissão que, em regra, é censurável socialmente, não implica que os genitores não tenham condições para o exercício do poder familiar, devendo a equipe de profissionais que atendem os casos verificar com cuidado tal previsão.

Sobrepõe-se ao estigma de pobre, negra e, em alguns casos, prostituta, o de usuária de *crack*. Esta foi a droga mais usada pelas mulheres da nossa pesquisa. Consumido isoladamente ou associado a outras drogas lícitas e ilícitas, ele comparece em 14 das 17 gestações que analisamos. Apenas uma mulher relatou não usá-lo (neste caso a droga de preferência era a cocaína usada em forma de pó).

Em uma situação não foi possível saber o tipo de droga consumida pela mulher e em outra, ela negou que tivesse feito uso de qualquer substância.

As cenas de degradação humana dos usuários nas chamadas “cracolândias”, amplamente divulgadas pela mídia, aprisionam os usuários, especialmente mulheres gestantes, vistas como “[...] figura[s] monstruosa[s] e perigosa[s], capaz[es] de prejudicar e/ou fazer sofrer as pessoas que[as] cercam” (PETUCO, 2011, p. 9).

A despeito deste estereótipo de que os usuários de *crack* habitam principalmente as “cracolândias”, mais da metade das mulheres pesquisadas não se encontrava em situação de rua à época do parto (10 de 17 gestações). Em 6 dos 17 casos analisados as mulheres se encontravam nesta condição e num deles, ela alternava entre rua e casa.

Não há muitos registros sobre o tempo de uso da droga, mas em quatro casos em que foi possível o acesso à informação, ele variava entre 4 e 15 anos. Esta informação confirma os achados da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, que identificou o tempo médio de uso da droga por mulheres em 6 anos, contradizendo “as notícias de que os usuários de *crack* e/ou similares teriam sobrevida necessariamente inferior a três anos de consumo” (BERTONI; BASTOS, 2014).

A composição familiar das mulheres pesquisadas respeita grande diversidade de famílias. A figura do companheiro, entretanto, é a mais constante. Em 10 dos 17 casos analisados as mulheres afirmaram terem um companheiro(a) no momento do parto.

Importa destacar que nem sempre o companheiro que se apresenta no momento do parto é o pai da criança. No entanto, verificamos que, nos casos em que o genitor registra o recém-nascido, isto se constitui em fator protetivo à adoção. Nesta pesquisa verificamos que 6 das 17 crianças tinham registro paterno. Dessas, 5 foram entregues aos cuidados da família extensa paterna e uma foi encaminhada à adoção.

Não houve caso em que o pai pessoalmente assumisse a guarda da criança. Analisando os documentos, concluímos que isto se deve ao fato deles também

fazerem uso de drogas ilícitas (identificado em 4 dos 6 casos) e/ou estarem presos (identificado em 2 casos).

4.3– AS MULHERES E A REDE DE SERVIÇOS

Neste segundo eixo tratamos das informações referentes ao atendimento das mulheres durante a gestação, o período de internação na Maternidade e após o acolhimento do recém-nascido. Aqui exploramos a complexa relação entre mulheres e serviços de saúde e assistência social. Complexa porque esses serviços aparecem com dupla possibilidade: tanto são espaços de obtenção de cuidados quanto de controle e de denúncias sobre seus comportamentos aos mecanismos de controle e punição.

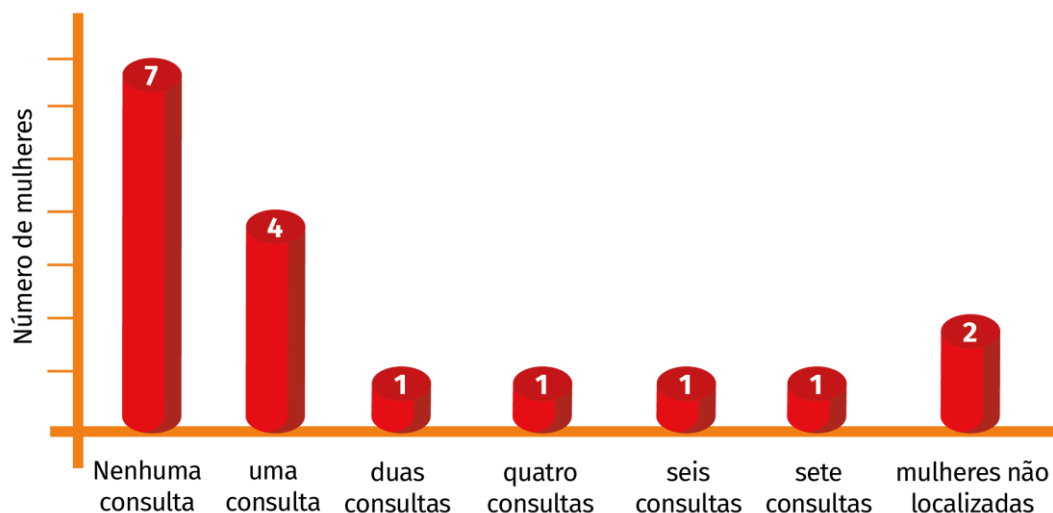
Começamos pelo período da descoberta da gravidez e ao processo de acompanhamento pré-natal.

Não nos foi possível levantar informações nesta pesquisa sobre quantas das gestações sobre as quais tratamos teriam sido planejadas. Também não localizamos dados nacionais sobre a prevalência de gestações não planejadas entre mulheres usuárias de drogas, no entanto, de acordo com uma pesquisa desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, que ouviu 24 mil mulheres entre os anos de 2011 e 2012, o Brasil tem uma das maiores taxas de gestações não planejadas no mundo: mais de 55% das brasileiras que tiveram filhos não haviam planejado a gravidez⁴².

O pré-natal não foi realizado em 7 das 17 gestações consideradas. Apenas duas fizeram seis consultas ou mais, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 570/2000, BRASIL, 2000) (Gráfico 2).

⁴² Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

Gráfico 2 - Número de Consultas de Pré-Natal



Fonte: Rede Bem Estar. Elaboração própria, 2018.

Estudos apontam para a existência de uma relação direta entre o baixo número de consultas de pré-natal e a necessidade dos recém-nascidos serem atendidos na UTI Neonatal por complicações na gravidez ou no parto (COSTA et al, 2014), bem como para o prolongamento do tempo de internação dos mesmos (BASSO; NEVES, SILVEIRA, 2012). Nesta pesquisa 10 dos 17 bebês precisaram de cuidados intensivos. Os principais motivos para tal foram prematuridade, infecção, sífilis, desconforto respiratório e incompatibilidade entre a idade gestacional e o desenvolvimento do bebê. A média de tempo de internação na UTIN foi de 21 dias. Algumas dessas intercorrências que levaram os bebês à UTIN poderiam ser atribuídas ao uso de drogas, especialmente o *crack*, durante a gravidez. No entanto, esta causa não pode ser considerada isoladamente, tendo em vista que a maioria das mulheres é usuária de múltiplas drogas, como álcool e tabaco, que podem confundir seus efeitos, além de fatores como pobreza, má nutrição, infecções, falta de cuidados pré-natal que também interferem na possibilidade de considerar os efeitos da droga isoladamente.

Quando falamos da saúde de recém-nascidos, o tema da amamentação tem especial relevância, não só por ser considerada a melhor alternativa de nutrição para os bebês, mas também porque favorece o fortalecimento do vínculo mãe-bebê (BRASIL, 2017). No caso das mulheres usuárias de drogas este é um tema controverso. O Ministério da Saúde contra-indica a amamentação nos casos em que

as mães sejam usuárias de cocaína e/ou *crack* (BRASIL, 2016). Isto se deve ao fato de que algumas substâncias, entre elas a cocaína e o *crack*, são excretadas no leite materno e podem ser absorvidas no trato gastrointestinal da criança, ocasionando efeitos adversos à sua saúde (CARRAZZA et al, 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS), entretanto, não considera que o uso de cocaína seja condição absoluta para contra-indicação da amamentação. No entanto, adverte que esta prática representa riscos à saúde do lactente (CARRAZZA et al, 2013). Apesar das diferentes recomendações, a decisão de indicar ou não a amamentação será do pediatra que atenderá a criança nos primeiros momentos de vida. Neste processo, o tempo decorrido desde o último uso e a possibilidade de a mulher voltar a usar a substância serão avaliados. Esta avaliação, possivelmente, não estará isenta dos valores morais do profissional. No HUCAM verificamos que a amamentação foi contra-indicada em 10 dos 17 casos analisados. Em 5 casos ela foi autorizada e em um caso, apesar da contra-indicação da equipe médica, a mãe insistiu em amamentar (não foi possível ter acesso à informação em um caso).

Durante a pesquisa tivemos a curiosidade de buscar informações sobre quantas mulheres teriam sido avaliadas pela Psiquiatria⁴³ durante a internação. Descobrimos que em apenas uma oportunidade o psiquiatra foi acionado para emitir parecer. Conforme se verifica no prontuário, o pedido se deveu a uma “necessária” avaliação da capacidade da mulher de cuidar do recém-nascido. O psiquiatra refere que:

*"Não há **contra-indicação absoluta para que a paciente cuide do recém-nascido** (não está psicótica, não está com depressão grave e não apresenta comprometimento cognitivo grave). Porém, não há dúvida de que **necessita de acompanhamento intensivo** após a alta e **monitoramento constante do Conselho Tutelar, inclusive em relação à nutrição do bebê**" (Psiquiatra, HUCAM).*

A ausência de pareceres ou diagnósticos psiquiátricos não isenta médicos de outras especialidades de prescreverem ansiolíticos. Em cinco dos 17 casos analisados as mulheres receberam Diazepam, uma droga legal, comercializada sob prescrição médica em receita de controle especial, indicada para alívio da ansiedade, tensão e insônia.

⁴³ No HUCAM esta avaliação se faz mediante pedido de parecer do médico assistente.

Também causou-nos interesse saber como as mulheres estavam retratadas pelos profissionais na sua relação com os bebês. Verificamos que, na maioria dos casos, os relatos se referiam às mulheres como ativas participantes nos cuidados com a criança:

"**Demonstrou interesse** em ficar com o bebê no alojamento, disse que está bem e tem condições de cuidar da criança" (Assistente Social, HUCAM).

"Mãe **presente e participativa**" (Enfermeira, HUCAM).

"**Mãe refere** quantidade de NAM insuficiente para RN. Faz observações quanto ao aparecimento de lesões na pele do RN e quanto à quantidade e espessura de suas fezes" (Neonatologista, HUCAM).

"Conversado com a paciente, que relata **estar disposta a permanecer no Hospital durante os 10 dias de tratamento do RN**. Portanto, segue em observação" (Obstetra, HUCAM).

Em outros relatos, no entanto, fica retratada a dificuldade de algumas mulheres para lidarem com os cuidados do recém-nascido:

"Encontro RN com frio e fraldas encharcadas de urina, além de um frasco com metade da quantidade de fórmula láctea e outro com toda quantidade necessária ao RN" (Neonatologista, HUCAM).

"Laís não comparece na UTIN há dias, tampouco atende ao telefone. **Caracterizo abandono** ao Conselho Tutelar e Vara da Infância de Vitória" (Assistente Social, HUCAM).

Nestas leituras o que mais nos chamou atenção, no entanto, foi perceber como é tênue o limite entre a perspicácia profissional e o julgamento moral:

"[1º dia] Mãe manifesta desejo de estar com sua filha. [2º dia] "Queixando-se que ainda não viu a filha" (Obstetra, HUCAM). "[...] manter a criança afastada da mãe devido ao risco de a mãe fugir com a criança" (Neonatologista, HUCAM).

"Não parece implicada com o bebê [...] Não acredito que ela conseguirá realizar os cuidados com o bebê que está no Alojamento Conjunto com ela. Seria melhor se conseguíssemos deixar o bebê para 'observação' no Pré-Parto" (Psicóloga,

HUCAM). [Neste caso, manter o bebê em ‘observação’ no Pré-Parto seria uma desculpa para afastá-lo da mãe].

Voltaremos à questão do julgamento moral das mulheres pelos profissionais que as atendem mais adiante quando falarmos dos processos judiciais. Antes, porém, trataremos dos apoios de familiares, amigos e serviços com que contam as mulheres usuárias de drogas desta pesquisa.

4.3.1 - A rede que se trama

Analisando a rede de apoio pessoal das mulheres participantes da pesquisa, verificamos que o Serviço Social do HUCAM fez contato com familiares e amigos em 12 das 17 internações analisadas. Mães (3) e avós (3) foram as mais acionadas, mas também compareceram tias (2), irmãs (2), cunhadas (2), ex-cunhada (1), madrastra (1), sobrinha (1) e amiga (1), além de companheiro (1) e ex-companheiro (1). Em 5 casos não há registros de que familiares e/ou amigos tenham sido acionados, possivelmente porque não foram referenciados pelas mulheres.

Importa destacar que, à exceção dos companheiros e ex-companheiros, todas as demais pessoas acionadas são do sexo feminino, o que demonstra mais uma vez a lógica do cuidado associada ao universo feminino.

Ainda a partir dos registros do Serviço Social do HUCAM fizemos um levantamento dos serviços da rede municipal acionados durante a internação. Verificamos que os Conselhos Tutelares foram acionados em todos os casos; as Unidades de Saúde, em 10 casos; o CREAS, em 5 casos ; o Juizado da Infância, em 4 casos; o Consultório na Rua, em 2 casos; a Abordagem Social, em 1 caso; Centro Pop, em 1 caso; Unidade de Acolhimento, em 1 caso, e o Programa Saúde da Criança, em 1 caso.

Importa destacar que durante as internações, que duram entre 48 e 72h, exceto em situações que demandam maior tempo de permanência, o Serviço Social tem pouco tempo para avaliar e atuar em casos de tamanha complexidade. Recai sobre o assistente social a responsabilidade de avaliar em que condições se encontram a genitora e/ou os familiares para assumirem o cuidado com a criança. “São situações extremamente delicadas, pois não havendo cuidado nas avaliações, pode-se

incorrer no risco de generalizar os atendimentos e prejudicar a família” (Passos, 2016, p. 131).

Assim, o contato com os serviços se faz no sentido de identificar aqueles que acompanham a mulher e poderiam lhe oferecer apoio após a alta hospitalar. Nem sempre esta identificação acontece. Analisando a rede de serviços envolvida no atendimento às mulheres a partir das fichas de registro do Serviço Social da UTIN e da Maternidade do HUCAM, os dados da Rede Bem Estar e do SIGAF, foi-nos possível constatar que as mulheres passam pelos serviços e são por eles conhecidas. Isto não significa, no entanto, que elas sejam sistematicamente acompanhadas.

Na saúde, verificamos que uma mulher não recebeu atendimento durante a gestação, enquanto outras duas não foram localizadas na Rede Bem Estar. As demais foram atendidas nas Unidades de Saúde, pelo Consultório na Rua, em acolhimentos no CAPS ad, nos Pronto-Atendimentos e em Visitas Domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais e Enfermeiros. Convém lembrar, como dissemos anteriormente, que apenas duas mulheres completaram o pré-natal, realizando o número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde.

Com relação à assistência social, os dados do SIGAF revelam que 7 mulheres não receberam qualquer atendimento durante a gestação. Das que receberam atendimento, apenas três encontravam-se em efetivo acompanhamento: uma delas era acompanhada pelo CREAS porque já tinha um bebê acolhido, outra era acompanhada pelo Centro Pop e a outra, pelo Serviço de Abordagem Social/CREAS. As demais foram atendidas pontualmente pelos CRAS, Abordagem Social, Centro Pop e Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua (Hospedagem Noturna).

Analisando os registros de atendimento após o acolhimento da criança, verificamos que é significativo o número de mulheres que não receberam atendimento em função do acolhimento institucional de seus filhos. Segundo Menandro e Uliana (2015) em parte isto se deve ao fato das mulheres usuárias de drogas verem as instituições que formam a rede socioassistencial com muita desconfiança, não se

sentindo confortáveis em acessá-las. Para elas, são instituições não confiáveis, que se prestam a exercer o controle (MENANDRO;ULIANA, 2015).

Na saúde, verificamos que não houve atendimento posterior ao acolhimento dos filhos para 5 das 15 mulheres. Com relação às demais, com exceção de duas mulheres que não foram localizadas no sistema, há registros de atendimento nas Unidades de Saúde, no CAPS ad, pelo Consultório na Rua e no Programa DST/AIDS do HUCAM.

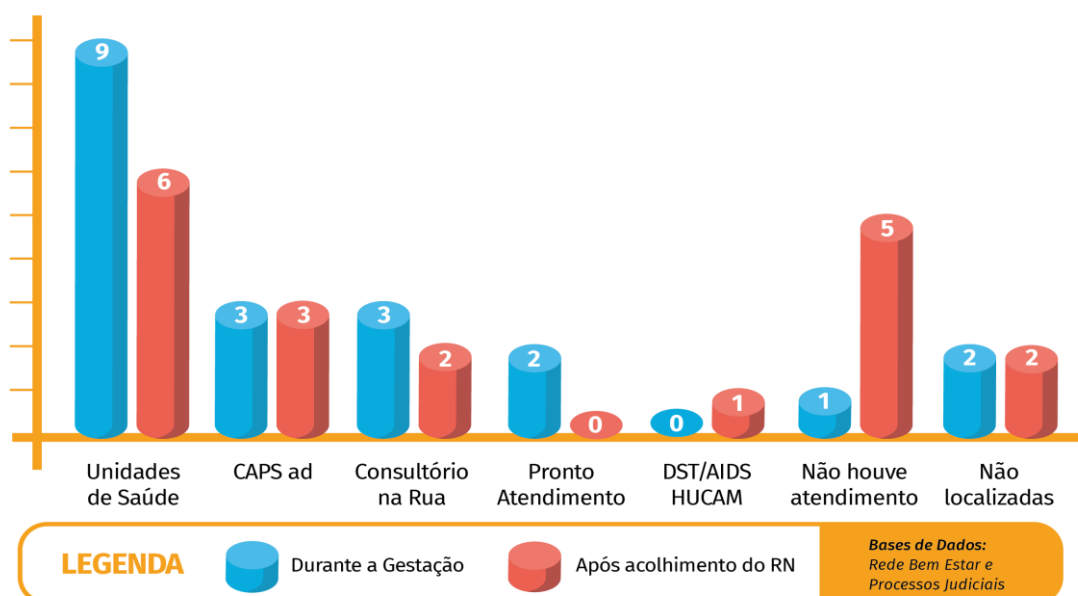
Aqui destacamos a importância destes atendimentos não só pela possibilidade de orientação, tratamento e encaminhamento, mas também pela possibilidade de escuta das mulheres, angustiadas com o acolhimento dos filhos:

“A usuária me procurou para falar do acolhimento de sua filha. [...] aparentava estar muito triste, disse que estava há duas semanas sem visitar a criança no abrigo porque achava que não conseguiria sua guarda. Além disso, relata brigas constantes com o companheiro [...] Diz que tem muita vontade de ficar com a filha, ‘mas não tem juízo’” (Assistente Social, Unidade de Saúde).

“Karyna fala que foi muito difícil ter perdido os filhos, principalmente a última. Planeja reaver o filho de 3 anos [entregue a um casal conhecido]” (Psicóloga, Grupo de Mães CAPS ad).

O gráfico 3 representa os serviços da Saúde que prestaram atendimento às mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos:

Gráfico 3 - Atendimento em Saúde para as mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos



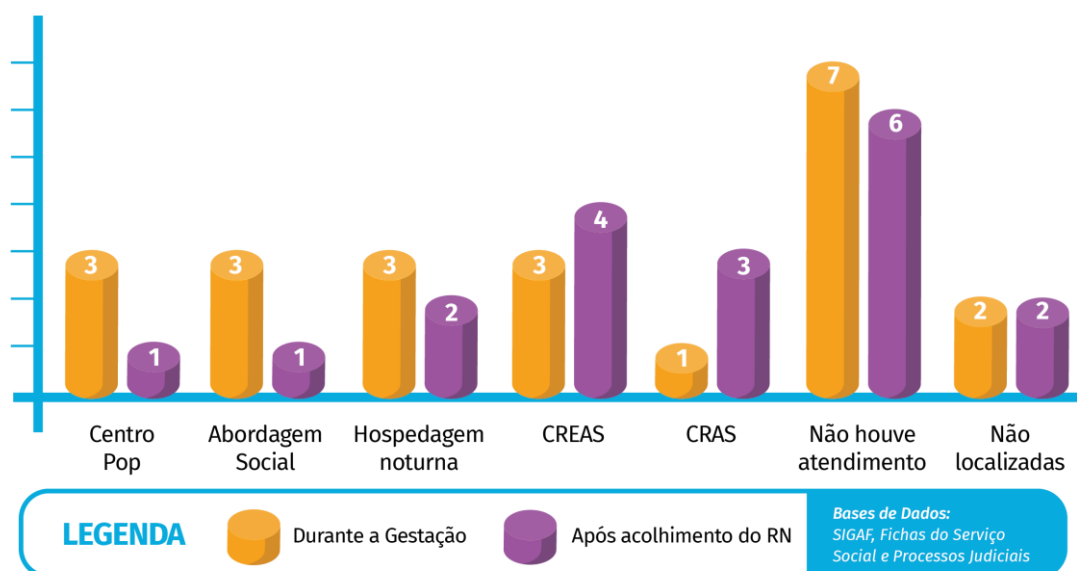
Na assistência social verificamos que não houve acompanhamento das mulheres após acolhimento institucional dos recém-nascidos em 6 casos. Encontramos algumas mulheres com atendimentos pontuais no Centro Pop, na Hospedagem Noturna e pela Abordagem Social. Verificamos que apenas quatro mulheres foram acompanhadas sistematicamente pelos CRAS/CREAS (uma foi atendida apenas pelo CRAS e outras três receberam atendimento do CRAS e do CREAS). Atualmente duas mulheres encontram-se em acompanhamento pelo CRAS.

Analisando os dados de atendimento da Assistência Social, percebemos que existe uma tendência a que os CRAS/CREAS acompanhem as famílias que recebem as crianças. Pode até haver algum acompanhamento das mulheres por algum tempo, mas a partir do momento em que se define um desfecho para o caso, a família que recebe a criança passa a ser alvo da atenção dos serviços. Não é o que recomenda a Nota Técnica Conjunta Nº 001/2016 dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2016), segundo a qual a mulher tem direito a continuar recebendo atendimento no CREAS, no CRAS ou no Centro Pop, independentemente do que for decidido em relação à criança.

O significativo número de mulheres que não recebeu acompanhamento após o acolhimento institucional de seus filhos denuncia o abandono social e emocional a que muitas vezes estas mulheres estão submetidas (FÁVERO, 2007). É preciso ter claro que a necessária proteção à criança não pode ocultar o movimento do real que leva a condições de existência em que a droga se apresenta como recurso para suportar o insuportável (NERY; LORENZO; RÉGO, 2009). A restrita preocupação com proteção das crianças que acarreta a separação do binômio mãe-bebê, tendo as drogas como justificativa para tal, não evidencia que muitas mulheres usuárias têm sido violadas no seu direito de acesso aos serviços e de decidirem sobre a maternidade (MARQUES, 2015).

O gráfico a seguir representa os serviços da Assistência Social que prestaram atendimento às mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos.

Gráfico 4 - Atendimento em Assistência Social para as mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos



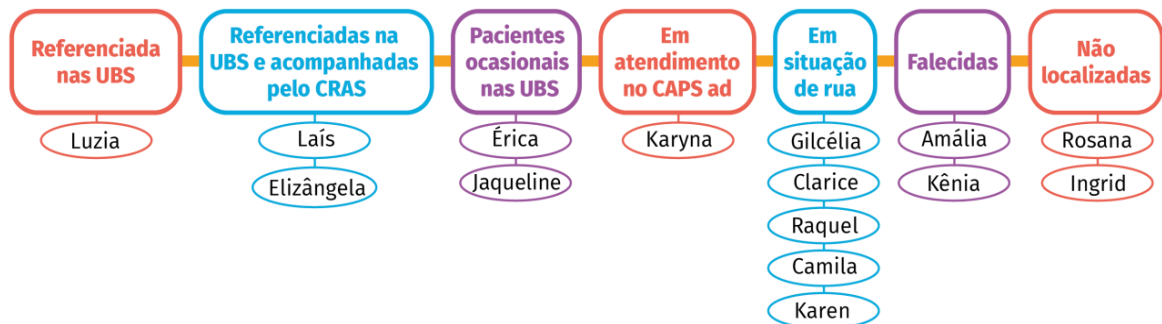
No âmbito da Habitação, verificamos que duas mulheres foram contempladas em programas de habitação social: uma foi contemplada com o Bolsa Moradia (aluguel Social) e a outra com o Bolsa Moradia e, posteriormente, com o Auxílio Moradia (bônus para aquisição da casa própria).

Destacamos que as duas mulheres beneficiadas por estes programas habitacionais são exemplos de ações coordenadas da rede de serviços que, nestes casos, foram determinantes para que elas pudessem permanecer com suas crianças: uma no contexto desta pesquisa (Elizângela), outra, de filha havida posteriormente (Karyna). Nestes dois casos, há relatos de discussões dos casos envolvendo profissionais da Saúde, Assistência Social, Habitação e Educação, com vistas a oferecer suporte para que a criança permanecesse com a genitora. Não estamos, no entanto, desavisados de que a oferta de suporte também impõe condições e estratégias de controle sobre as mulheres. Como exemplos podemos citar a regularidade da frequência aos serviços e o tratamento com vistas à abstinência da droga de uso. Nem sempre as mulheres cumprem estes requisitos. No contexto desta pesquisa tivemos dois outros casos em que houve articulação da rede, mas o resultado não logrou o mesmo êxito, tendo uma criança entregue à família extensa (RN de Clarice) e a outra, em adoção (RN Jaqueline).

A Figura 4 nos permite vislumbrar, a partir das informações da Rede Bem Estar e do SIGAF, como as mulheres participantes desta pesquisa se encontram atualmente.

Os documentos informam que 2 mulheres faleceram (uma assassinada e outra em função de câncer de colo de útero), 5 se encontram em situação de rua, uma encontra-se referenciadas na Unidade de Saúde do bairro onde reside, duas encontram-se referenciadas na unidade de saúde e no CRAS, duas são pacientes ocasionais nas Unidades de Saúde (uma delas com mais de um ano sem qualquer registro de atendimento), uma encontra-se referenciada no CAPS ad e duas não foram localizadas no sistema.

Figura 4 - Situação atual das mulheres



Fonte: Elaboração própria, 2018

Constatamos também que algumas delas foram vítimas de violência por serem mulheres. Além do caso de feminicídio de Kênia, quatro mulheres foram vítimas de agressão física por seus companheiros e ex-companheiros e duas mulheres foram vítimas de violência sexual.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), a violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e esta violência se mostra fortemente associada ao consumo de drogas de maneira geral. Segundo Jalil et al (2014, p. 94) as experiências de violência física e sexual entre mulheres usuárias de drogas estariam associadas de “modo circular e recursivo”, tornando bastante difícil, ou mesmo impossível estabelecer se o uso de drogas seria causa ou consequência.

Outras passagens dramáticas das vidas das mulheres se referem a períodos de detenção, tentativa de suicídio e atendimentos de urgência por uso abusivo de

drogas (uma por intoxicação por cocaína e outra por evoluir com crise convulsiva após uso abusivo).

As mulheres usuárias de drogas que receberam determinação judicial para acolhimentos de seus filhos recém-nascidos de nosso estudo sofreram múltiplas violações de direitos. E apesar de passarem pelos Serviços ofertados pelo Município, poucas são efetivamente acompanhadas por eles.

4.4 – ACOLHIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS: “MANDE NOTÍCIAS DO LADO DE LÁ, DIZ QUEM FICA”

“Quem sabe direito o que é uma pessoa? Antes sendo: julgamento é sempre defeituoso, porque o que a gente julga é o passado” (Guimarães Rosa).

E as crianças? O que aconteceu a elas? Exploraremos aqui o período de acolhimento e o que sucedeu a ele. A despeito dos processos judiciais se referirem a fatos passados, a retirada das crianças recém-nascidas de suas famílias se faz sob o argumento de proteção a danos futuros.

Em nenhum dos processos que acessamos as condições de pobreza e precariedade em que as famílias viviam foi ampliada para além da responsabilização dos sujeitos. Descontextualizados, negligência, abandono, violação de direitos são apresentados como justificativas para o acolhimento institucional dos filhos das mulheres usuárias de drogas, sem que se problematize os mecanismos históricos, políticos, sociais e econômicos que os geraram. Apresentadas de forma particularizada, despolitizadas, calam-se as evidências da condição de classe social que perpassa esses sujeitos. É o que se pode verificar nos seguintes trechos dos processos judiciais:

"Informações da Rede Socioassistencial (Conselho Tutelar, Unidade de Saúde e CREAS) dão conta da história de abuso de substâncias psicoativas por parte da genitora, além de histórico de grave negligência da mesma em face de seus cinco filhos anteriores" (Guia de Acolhimento)

*"[...] sua **genitora faz uso abusivo de substância psicoativa** e vive em situação de rua neste município. De acordo com o Conselho, a genitora possui histórico de retirada de filhos, e, via reflexa, o acolhimento daqueles, tendo em vista que a mesma não possui cuidados, colocando em **risco a vida dos infantes**" (Promotoria da Infância e Juventude, Requerimento de Medida de Proteção).*

*"Verifica-se que a **genitora é extremamente negligente** com seus filhos, além de ser usuária de substâncias ilícitas (crack)" (Promotoria da Infância e Juventude).*

*"É do conhecimento deste Juízo, bem como de toda a rede psicossocial que acompanha a família, que essa é a **sexta gestação de Jaqueline** e não se encontra com a guarda de nenhum outro filho, em razão das sucessivas situações de risco envolvendo as crianças pela sua negligência e não adesão aos serviços propostos pela rede" (Promotoria da Infância e Juventude).*

Outra justificativa para o acolhimento das crianças bastante presente nos processos é a questão da dependência química dos genitores, mais especialmente da mãe:

"Histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas ilícitas por parte do casal. A genitora já possui histórico de filhos em acolhimento institucional, sendo um deles colocado em família substituta na modalidade adoção. Condições precárias de moradia e higiene. Diversas tentativas de atendimento e realização de encaminhamentos objetivando a superação das violações e situações vulneráveis, sem sucesso" (Conselho Tutelar à Promotoria da Infância e Juventude).

"Genitora com várias passagens pela UNIS quando adolescente, não respeita regras nem limites, não aderiu ao acolhimento, dependente química" (Pedido de Afastamento da Criança do Convívio Familiar do Conselho Tutelar à Promotoria da Infância e Juventude).

"Genitora dependente química. Não possui residência fixa, estando diariamente nas ruas" (Conselho Tutelar à Promotoria da Infância e Juventude).

"Evidencia-se que a requerida é dependente de 'crack' e de álcool. Além disso, a genitora encontra-se em situação de rua e um de seus cinco filhos já foi entregue em adoção, por iniciativa do Juizado da Infância e Juventude de Vitória [...], os outros, segundo informações encontram-se 'espalhados'. Assim, mostra-se imprescindível a intervenção judicial no caso em tela, para que esta criança tenha seus direitos preservados, vivendo em um ambiente estruturado e livre da presença de drogas, para que tenha um desenvolvimento sadio físico e psicológico" (MP, Ação de Destituição do Poder Familiar com pedido de Tutela Antecipada).

Importa destacar que a despeito do emprego costumaz nos processos da expressão "dependente química", não se constatou pedidos de avaliações ou laudos médicos que atestassem a referida dependência. Afirmar que alguém é dependente de alguma substância significa dizer que esta pessoa é portadora de um transtorno ou distúrbio mental. Citando a Resolução da ONU que trata da Proteção das Pessoas com Enfermidade Mental e da Melhoria da Assistência à Saúde Mental, Boiteux (2013, p. 62, grifos nossos) lembra que "a determinação de uma pessoa como portadora de um distúrbio deve ser feita apenas e **somente para fins de atenção e tratamento de seu problema de saúde mental, e não por propósitos outros**".

Outro dado que nos chamou atenção nos autos analisados foi ênfase nas mulheres-mães e a forma como elas estão retratadas. A responsabilização da mulher, e sua culpabilização aparece em muitos trechos dos processos:

"Destarte, salta aos olhos que a demandada não possui condições alguma de oferecer a sua filha educação, pois desajustada e, trata sua prole com absoluto desinteresse, deixando de dar-lhe os cuidados mínimos como educação, acompanhamento, saúde, relegando-o a uma condição de abandono. Logo, totalmente inapta para o exercício da maternagem, recomendando, por conseguinte, o seu arrebatamento" (Ação de Destituição do Poder Familiar).

"Observa-se que, no caso em tela, a requerida não demonstra agir como responsável e ignora seus deveres maternos, bem como os interesses de sua filha [...] Em razão da situação em que está inserida a criança, em clara situação de abandono, e do papel que desempenha a mãe não cumpridora de seus deveres e absolutamente negligente com a filha, não há que se falar em outra coisa, para o bem estar e para a garantia de condições dignas de vida da criança, senão em destituição do poder familiar" (Ação de Destituição do Poder Familiar).

"É inquestionável, em simples exame das fartas provas coletadas, o prejuízo que a criança iria ter em seu futuro com a sua eventual reintegração à mãe. Aliás, cabe destacar que, infelizmente, não podemos vedar à requerida que leve a vida desregrada. Porém, esta não tem o direito de impor esse tipo de vida indigno a uma criança que não tem escolha" (MP)

"[...] a requerida é costumaz usuária da droga conhecida como 'crack'. Ao sucumbir ao vício, a ré acabou por deixar a criança ao abandono. [...] Destarte, resta evidente que a demandada não possui condições alguma de exercer o seu poder familiar e acima de tudo e, principalmente, o seu papel de mãe, tendo em vista ser notória a sua falta de responsabilidade, recorrente desde a fase gestacional até o seu abandono logo após dar à luz. [...] Observa-se que no caso em tela, a requerida não demonstra agir como responsável e ignora seus deveres maternos, bem como os interesses de seu filho" (Ação de Destituição do Poder Familiar).

"Percebe-se que o comportamento adotado pela mãe da criança é descompromissado, de quem não sabe o verdadeiro sentido da maternidade [...] A requerida falhou no exercício do poder familiar, e, em face disso, deve perdê-lo, para que outra pessoa realize esse mister de forma conveniente para os interesses do infante" (Promotoria da Infância e Juventude).

Para além da culpabilização da mulher, chama atenção a forte presença de valores pessoais e morais quanto ao entendimento do que seja a maternidade e do que se espera de uma “boa mãe”, além de não considerar que “a conotação valorativa relacionada a amor e proteção pode não ter o mesmo significado para as diferentes classes sociais” (FÁVERO, 2007, p. 170).

Os trechos citados denotam o autoritarismo presente na prática de alguns profissionais do Judiciário, mas também fora dele, que decidem o futuro das pessoas com base em seus valores e crenças pessoais.

Sobre a ausência masculina nos processos, temos que em 9 dos 17 processos analisados não havia a indicação de quem seria o genitor da criança. Em pelo

menos duas situações os pais eram conhecidos, mas não se empenhou esforço em que registrassem as crianças, de modo que apenas 6 crianças possuíam registro paterno.

Em um dos casos, um senhor se apresentou à Unidade de Acolhimento relatando que se relacionou com a mãe da criança, mas não poderia afirmar com certeza que era o genitor da mesma:

"Por volta do dia 15/07/12 chegou à Unidade de Acolhimento o Sr. Eliseu. Este Sr relatou que teve um relacionamento com Amália e que ficou sabendo que a mesma teria tido um filho, e que por isso procurou pelo abrigo para conhecer a criança. Em atendimento, Eliseu relatou não saber se é ou não o pai da criança e que iria procurar Amália para saber. Disse ainda que se a criança fosse sua filha, não saberia o que fazer, pois mora sozinho e não teria como cuidar da criança. Ficou de retornar contato com a Unidade de Acolhimento, mas não o fez" (Relatório Psicossocial, Unidade de Acolhimento).

Nenhuma medida foi tomada para atestar a paternidade do Sr. Eliseu. A mãe foi destituída do poder familiar e a criança colocada em adoção. Em dado momento do processo volta-se a referir ao Sr. Eliseu: "mesmo que fosse o genitor, relatou a impossibilidade de cuidar da criança" (Equipe Técnica, Juizado da Infância e Juventude).

Fávero (2007) também constatou em sua pesquisa sobre destituição do poder familiar que existem dificuldades para obter informações sobre os genitores e que é frequente a ausência de registros nos processos de abordagens mais detalhadas no sentido de consegui-las. Mesmo que de forma invisível, esse pai é julgado como irresponsável e incapaz, mas acaba absolvido, na medida em que, por ser ignorado ou descartado, não é cobrado quanto à sua parcela de responsabilidade, nem parece ser considerado importante para a criança (FÁVERO, 2007).

Sobre as iniciativas de garantia da convivência familiar temos que a visita dos genitores e da família extensa às crianças nos abrigos com dias e horários previamente estabelecidos foi a mais relatada. Outras iniciativas neste sentido foram a busca ativa da família extensa, em situações em que a mesma não se apresentou voluntariamente (3 dos 17 casos), e a autorização para que uma das crianças passasse as festas natalinas com a família de origem.

Chamou-nos atenção encontrar em alguns processos recomendações da Promotoria da Infância e Juventude de que não houvesse qualquer iniciativa de aproximação da criança com a sua família de origem ou extensa:

"Por se tratar de caso de grave violação dos direitos da criança, requer este órgão ministerial que não seja realizado nenhum ato de reintegração do menor à sua genitora, visto que ela se mostra inapta ao exercício do poder familiar e, também, à família extensa, uma vez que a prioridade legal da adoção é das pessoas já habilitadas na fila de adoção. Requer, também, a vedação de visitas por parte da genitora, já que a mesma o expõe a situação de risco pessoal e social" (Promotoria da Infância e Juventude, Ação de Destituição do Poder Familiar).

"Requer a manutenção do abrigo da menor em acolhimento institucional e o abrigo de seu irmão e, assim, que possível, a colocação dos mesmos em família substituta, que deverá ser feito com a máxima celeridade, em virtude de sua tenra idade e maiores possibilidades de adoção, entregando-os sob guarda provisória à pessoa(s) ou casal(is) habilitado(s) na lista de adoção, considerando a impossibilidade de reintegração das crianças à família biológica. [...] Requer também a vedação de visitas por parte da genitora, já que a mesma os expõe a situações de risco pessoal e social. [...] Por se tratar de caso de grave violação dos direitos da criança, requer este órgão ministerial que não seja realizado nenhum ato de reintegração dos menores à sua genitora, visto que ela se mostra inapta ao exercício do poder familiar" (MP, Ação de Destituição do Poder Familiar).

Apesar da vedação de visitas dos genitores às crianças estar prevista no Art. 33, parágrafo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente para os casos de preparação para adoção ou mediante expressa e fundamentada determinação judicial, as manifestações acima, no nosso entendimento, contrariam o Art. 19, parágrafo 3º da mesma Lei, segundo o qual a "manutenção ou reintegração da criança e do adolescente à sua família terá prioridade em relação a qualquer outra providência [...]" (BRASIL, 2009, sem paginação).

No decorrer da pesquisa verificamos que a principal condição para que a família de origem reveja a guarda da criança é o atendimento aos encaminhamentos da Rede de Serviços Assistenciais e de Saúde:

"[...] os genitores não respondem aos encaminhamentos da rede de atendimento socioassistencial e de saúde que visa superar a condição de fragilidade que eles se encontram, como o quadro de drogadição e negligência quanto à saúde" (2º Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

"A confecção do PIA e o relatório atualizado confeccionado pela atual unidade [de acolhimento] não logrou concluir quanto à possibilidade de reintegração familiar e nem mesmo acerca da adequação de colocação em família substituta. Tal situação deve-se à inadesão da genitora aos serviços da rede socioassistencial e de saúde do Município e à incipiência de informações

necessárias para fundamentar um parecer técnico" (Equipe Técnica da Vara da Infância).

*"Segundo consta, em que pese a genitora ter alegado em audiência estar apresentando mudanças visando reaver a guarda da filha, realizando acompanhamento junto ao CPTT e US, o relatório psicossocial da equipe técnica da entidade de acolhimento demonstrou, a partir de acompanhamento realizado pela rede, em conjunto, que **não houve efetiva adesão**, e o tratamento contra dependência química iniciou-se, mas não perdurou" (Promotoria da Infância e Juventude).*

Em estudo sobre *crack* e maternidade, Copolla (2005) verificou que as mães que tiveram os filhos afastados, mas seguiram os encaminhamentos recebidos, recuperaram suas guardas. Já aquelas que deixaram de fazê-lo foram destituídas do poder familiar. Interessante notar que o discurso da necessidade de adesão aos serviços como condição para reaver a criança extrapola o âmbito do Juizado, alcançando outros serviços, como pode ser exemplificado no seguinte registro da Unidade de Saúde:

*"A Assistente Social a orientou [a mãe] sobre a possibilidade de conseguir retomar a guarda da sua filha, **desde que se mostrasse interessada pela criança e pelo cuidado da sua saúde na Unidade de Saúde, no HUCAM e no CAPS ad**" (Relatório da Unidade de Saúde ao Juizado da Infância e Juventude).*

Neste ponto se coloca um paradoxo, pois a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, no inciso XI, dispõe sobre "o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto" (BRASIL, 2011). Esta, no entanto, não parece uma opção que se coloca para as mulheres usuárias de drogas, já que os seus interesses a todo momento são sujeitados ao que se considera melhor para a criança: "Como se ela não tivesse importância, ou tivesse importância 'menor' frente à criança e aos outros seres humanos" (FÁVERO, 2007, p. 135).

Em algumas situações a adesão aos serviços propostos não basta e a condição para reaver a criança se amplia para a necessidade de reorganização da vida.

"Proposta de organização familiar e buscar e atender aos encaminhamentos realizados pelos equipamentos da rede" (Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

"Ante o exposto, identificamos que atualmente os genitores não dispõem de organização necessária para assumirem os cuidados e proteção da criança supracitada, observando-se a necessidade de maiores intervenções visando a

superação da situação de rua e uso abusivo de drogas" (Relatório de Acompanhamento, Unidade de Acolhimento).

Em algumas situações constata-se que "reorganizar a vida" pode levar muito tempo, o que acarretaria prejuízo para a criança, privada do direito à convivência familiar e comunitária. Então a solução apresentada é a destituição do poder familiar:

"Devido a situação exposta, de situação de drogadição crônica pela genitora, juntando-se ao fato de longa permanência da mesma em situação de rua, além do histórico de Karyna de não conseguir cuidar dos filhos entregando um deles ilegalmente em adoção. Pensamos que para a genitora conseguir reorganizar a vida para receber a filha levaria um tempo significativamente longo o que implicaria uma permanência prolongada da criança em acolhimento institucional. Nesse caso, o Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 100, inciso IV aponta que as intervenções devem atender prioritariamente aos interesses e aos direitos da criança/adolescente" [segue recomendação de destituição do poder familiar] (Parecer Psicossocial, Equipe Técnica da Unidade de Acolhimento).

Existe uma lógica de celeridade dos processos imposta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que em seu Art. 19, Parágrafo 1º, estabelece:

Toda criança ou adolescente que estiver inserido em programa de acolhimento familiar ou institucional terá sua situação reavaliada a cada três meses, devendo a autoridade judiciária competente, com base em relatório elaborado por equipe interprofissional ou multidisciplinar, decidir pela possibilidade de reintegração familiar ou colocação em família substituta [...] (BRASIL, 2009, sem paginação).

Para atender à demanda imposta pela Lei, a Corregedoria Nacional de Justiça recomendou aos Juízes da Infância e Juventude do país a realização das Audiências Concentradas⁴⁴. A lógica de celeridade se fundamenta no direito à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes, previsto no *caput* do mesmo Art. 19 do Estatuto. No entanto, considerando a gravidade e a cronicidade dos problemas enfrentados pelas famílias, muitos deles em decorrência da pobreza, o que se tem é um maior número de crianças colocadas em adoção ou entregues aos cuidados da família extensa. É o que comprova os dados de nossa pesquisa no

⁴⁴ As Audiências concentradas estão previstas no Provimento Nº 32/2013, da Corregedoria Nacional de Justiça, onde se lê: "Art. 1º. O Juiz da infância e Juventude, sem prejuízo do andamento regular, permanente e prioritário dos processos sob sua condução, deverá realizar, em cada semestre, preferencialmente nos meses de abril e outubro, os eventos denominados 'Audiências Concentradas', a se realizarem, sempre que possível, nas dependências das entidades de acolhimento, com a presença dos atores do sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente, para reavaliação de cada uma das medidas protetivas de acolhimento, diante de seu caráter excepcional e provisório, com a subsequente confecção de atas individualizadas para juntada em cada um dos processos" (Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/Provimento%20N%C2%BA32.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2018). A 1ª Vara da Infância e Juventude de Vitória tem adotado esta metodologia de trabalho.

que se refere aos desfechos dos casos: dos 17 processos analisados, em 7 as crianças foram entregues sob guarda à família extensa; em 8 houve destituição do poder familiar, sendo que desses, 7 crianças foram entregues em adoção a casais habilitados pela Vara da Infância e um foi adotado pela tia materna. Apenas duas crianças foram reintegradas à mãe, mas em um desses casos, a guarda foi suspensa após nove meses de convivência e entregue à tia materna. Assim, no contexto desta pesquisa, pudemos verificar que a possibilidade de uma mulher usuária de drogas reaver a guarda de seu filho recém-nascido, acolhido desde a Maternidade por determinação judicial, é de uma em dezessete.

Chamou-nos atenção que nos processos analisados nenhum dos genitores ou genitoras procurou a Defensoria Pública para contestar a decisão judicial do acolhimento de seus filhos. A Defensoria só foi acionada pelas famílias nas situações em que os membros da família extensa manifestavam interesse na guarda da criança e eram orientados pelos profissionais das Unidades de Acolhimento ou do Juizado a procurá-la para moverem ação neste sentido. Ainda que a família discorde da providência de acolhimento “muito raramente procura a Defensoria para requerer revisão da decisão, como é de direito” (VALENTE, 2013, p. 42). O advogado e o juiz estão para essas pessoas como inacessíveis. Para Gois (2014), a relação dessas famílias com o Estado por meio da Justiça da Infância e Juventude é muito assimétrica, emergindo para elas em um nível de poder aparentemente impossível de enfrentar. Segundo a autora, essa incerteza quanto a serem ouvidas e respeitadas no que se refere às decisões sobre suas crianças acolhidas leva algumas famílias a assumirem, como estratégia de proteção aos filhos, as adoções consentidas, posto que nessas, comumente, elas permanecem tendo algum tipo de contato com as crianças, diferentemente das adoções realizadas por meio do Juizado da infância e Juventude.

Em nossa pesquisa verificamos que das 8 crianças entregues à família extensa sob guarda, 3 foram entregues aos avós paternos, uma foi entregue à avó materna, uma foi entregue à tia paterna, uma foi à tia materna, uma foi entregue aos tios-avós paternos e uma foi entregue ao primo materno, que ingressou com ação de adoção.

Importa destacar que, de acordo com o Art. 42, Parágrafo 1º do ECA, os avós não podem adotar. Neste caso, assumem a guarda, que poderá ser provisória⁴⁵ ou permanente⁴⁶. Conforme o Art. 35 do ECA, nenhuma guarda é definitiva, podendo ser revista a qualquer tempo. Diferentemente da tutela, a guarda não implica em destituição do poder familiar. Ela também não impede o exercício do direito de visitas pelos pais, assim como o dever de prestar alimentos, que serão objeto de regulamentação específica (Art. 33, parágrafo 4º)

Importa destacar que o texto original do ECA reconhecia duas formas de família: a natural e a substituta. Considera-se família natural aquela formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes (Art. 25, ECA). A família substituta é aquela formada em razão da guarda, tutela ou adoção. Ela se forma a partir da impossibilidade, mesmo que momentânea, de a criança ou o adolescente permanecer junto à sua família natural. A partir da Lei 12.010/2009 incorporou-se o conceito de família extensa como aquela formada também pelos parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade. A família extensa pode vir a ser a família substituta e, de acordo com o Art. 28, Parágrafo 3º do Estatuto, tem primazia em relação às outras formas de família substituta, quais sejam, a família acolhedora⁴⁷ e a adoção (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2011).

Como dissemos anteriormente, das 8 crianças entregues em adoção no contexto desta pesquisa, 7 foram para casais habilitados pela Vara da Infância e Juventude e uma foi para uma tia materna. Diferentemente da guarda, a adoção é medida que prevê a destituição do poder familiar e é irrevogável (Art. 39, ECA). Ela atribui a condição de filho ao adotado e depende do consentimento dos pais ou do representante legal do adotando (Art. 45, ECA). No entanto, o consentimento será dispensado em relação à criança ou adolescente cujos pais sejam desconhecidos ou tenham sido destituídos do poder familiar (Art. 45, parágrafo 1º). Dos 8 casos de

⁴⁵ Ou seja, por um período de tempo previamente determinado pelo juiz, estando a prorrogação condicionada à reavaliação da situação.

⁴⁶ Quando não há tempo definido, nem necessidade de prorrogação.

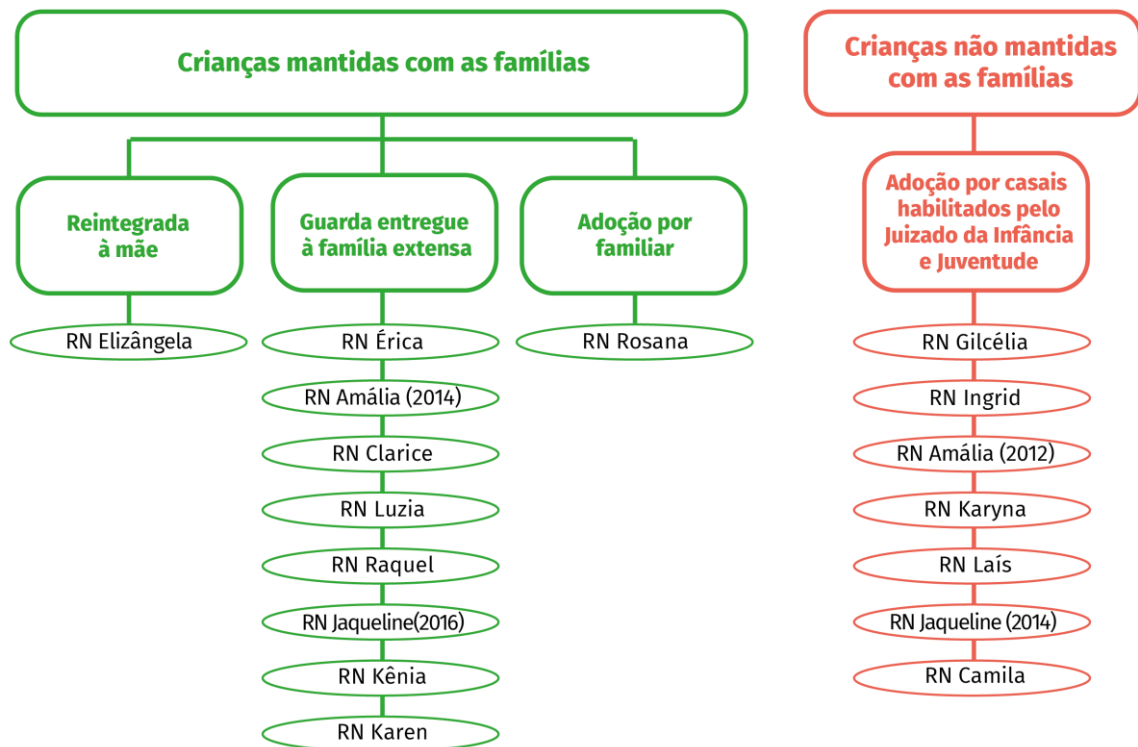
⁴⁷ A família acolhedora ou programa de acolhimento familiar, prevista no Art. 101, VIII do Estatuto, é uma medida protetiva aplicada exclusivamente pelo juiz da Infância e Juventude, na qual a criança ou adolescente será entregue a uma família previamente cadastrada em programa específico. Nesta modalidade, a criança ou adolescente não é recebida como filho(a), tendo em vista provisoriedade da medida (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2011). Em nossa pesquisa não identificamos nenhuma criança que tenha sido colocada em família acolhedora.

adoção desta pesquisa, verificamos que 7 foram colocadas em famílias substitutas por meio de tutela antecipada, ou seja, suspensão do poder familiar antes que houvesse sentença de destituição do poder familiar.

À exceção da criança entregue em adoção à tia materna, as demais foram entregues a casais inscritos e habilitados pela Vara da Infância e Juventude. Isto pressupõe um período de preparação psicossocial e jurídica, orientado pela equipe técnica da Justiça da Infância e Juventude, preferencialmente com apoio de técnicos responsáveis pela política municipal de garantia do direito à convivência familiar (Art. 50, Parágrafo 3º, ECA).

A figura abaixo apresenta o desfecho dos casos das crianças acolhidas:

Figura 5 - Desfecho dos processos judiciais



Fonte: Elaboração própria, 2018

Nos processos analisados, verificamos que o tempo de acolhimento das crianças é muito variável, ficando entre 55 e 1.067 dias, com média de 287 dias (ou um pouco mais do que nove meses). Na média, o tempo de permanência das crianças nas

Unidades de Acolhimento cumpre o estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Art. 19, parágrafo 2º, prevê:

A permanência da criança e do adolescente em programa de acolhimento institucional não se prolongará por mais de dezoito meses, salvo comprovada necessidade que atenda ao seu superior interesse (BRASIL, 2017).

No entanto, no contexto desta pesquisa, 4 crianças extrapolaram o prazo definido na Lei ou estiveram muito próximas dele. No nosso entendimento, isto se deve, como dissemos anteriormente, à gravidade e cronicidade dos problemas enfrentados pelas famílias, que não conseguem corresponder às expectativas nelas depositadas, mas não desistem de reaverem os filhos. De acordo com Fávero, estas famílias

Encontram-se numa situação em que a intervenção técnica não cabe ou não responde nem mesmo às suas necessidades mais imediatas. Isso porque o acesso a bens sociais que lhes possibilite o atendimento de suas necessidades básicas, e, por consequência, lhes garanta melhores condições de vida, depende de transformações estruturais, de ações políticas amplas, que impliquem na distribuição de renda e garantia de acesso a direitos sociais (FÁVERO, 2007, p. 83).

Dos 17 processos que analisamos, 11 encontram-se arquivados e 6 estão tramitando. Desses, 5 se referem a guardas concedidas à família extensa e um é relativo a adoção. Nenhuma das crianças pesquisadas encontra-se atualmente institucionalizada.

Os relatórios de acompanhamento de reintegração familiar aos quais tivemos acesso (de 10 das 17 crianças) dão conta de que as mesmas se desenvolvem de acordo com o esperado para a idade e que o processo de inserção nas famílias extensa, substituta ou de origem se deu de maneira satisfatória. Não nos foi possível o acesso aos relatórios de acompanhamento em 7 casos, em 3 deles porque o processo de adoção não havia sido apensado ao processo que tratava do acolhimento institucional. Nos outros 4 casos, não identificamos relatórios de acompanhamento.

As informações trazidas pela pesquisa nos permitem afirmar que a questão da maternidade concomitante ao uso de drogas ainda é tratada de maneira individualizada, com respostas particularizadas que não interferem na realidade geradora das precárias condições de existência dessas mulheres. Concordamos com Fávero (2014) quando afirma que, nesta realidade, o sofrimento vivido pelos adultos é ignorado, restando apenas alguma dose de atenção à criança, por meio da

desvinculação de sua mãe e inserção em outros espaços, que, em tese, possibilitem sua proteção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Não tenho medo nem de chuvas nem das grandes ventanias soltas, pois eu também sou o escuro da noite" (Clarice Lispector)

A frase de Lispector nos lembra dos medos das grandes travessias. Essa dissertação foi uma grande travessia e agora é hora de dizer o que há no escuro da noite (aquilo que, como técnica de um serviço de saúde, não conseguia ver na claridade da luz). Mas as respostas não são simples e a travessia foi difícil.

À luz do referencial teórico adotado, vimos que acolhimento institucional de recém-nascidos tem se configurado como resposta do Judiciário brasileiro à questão das mulheres gestantes usuárias de drogas. Mas não podemos afirmar isso para todas as mulheres que se encontram nessa condição. É preciso entender a conjuntura e como isso afeta de forma diferente, diferentes mulheres.

Vimos ainda que esta resposta se dá em contexto de retração das políticas sociais ante ao avanço do neoliberalismo e que neste contexto, as famílias têm sido chamadas a assumirem o papel de protagonistas da provisão social. Não se considera, neste processo, a heterogeneidade das famílias, nem que elas se diferenciam em recursos e modelos organizativos. Prevalece a perspectiva de responsabilização e culpabilização dos sujeitos, sem considerar as condições objetivas de vida que lhe são impostas.

Nesse contexto, as mulheres têm um papel fundamental, já que a elas historicamente se atribuiu a função do cuidado. Esta compreensão deriva da concepção de que elas são biologicamente dotadas de um instinto materno que as torna abnegadas, hipoteticamente satisfeitas com o sacrifício que assumem em nome do bem estar dos outros, especialmente os filhos. Por um lado, essa concepção resume um histórico de opressão imposto às mulheres. Portanto, foi aqui colocado como dimensão que precisamos romper. Por outro lado, o conservadorismo reatualiza esse dito instinto materno. Vimos isso hoje, ao fechar essa dissertação, por meio da nomeação da Advogada e Pastora Damares Alves como Ministra do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, do Governo Bolsonaro. Seu discurso, arraigado de concepções conservadoras sobre os

papéis de homens e mulheres nas famílias e na sociedade, delega às mulheres o estereótipo de princesas.

As mulheres usuárias de drogas não correspondem a este padrão de feminilidade. Consideradas egoístas, elas contrariam a concepção de que a essência feminina é para os outros. Disto deriva o entendimento de sua inadequação ao exercício da função materna.

Às mulheres usuárias de *crack*, sujeitos desta pesquisa, se sobrepõe o estigma de que a droga as torna perigosas e capazes de fazer sofrer as pessoas que as cercam, o que justifica a retirada de seus filhos.

Ao recontar parte das histórias de vida das mulheres participantes desta pesquisa e traçar o seu perfil, retratamos histórias silenciadas de mulheres jovens, pobres, negras, com baixa escolarização e muitos filhos, que têm em comum precárias condições de vida, ainda que cada uma tenha sua história particular. Vimos que, a despeito de comporem o segmento ao qual se destinam as políticas sociais mais setorializadas, uma parte significativa delas não acessa programas como o Bolsa Família ou habitação social.

E apesar de transitarem pelos serviços da saúde e assistência social, suas passagens são fugazes. O foco de atuação dos serviços se volta para a proteção da criança. Concordamos aqui com Fávero (2007) - não desconsideramos que os recém-nascidos, indefesos, precisam ser protegidos, mas é preciso dar visibilidade ao abandono social e emocional a que a mãe está submetida.

Ao contrário do que apregoa o senso comum, elas não são indiferentes aos filhos que perderam. Falam deles nos serviços por onde passaram. Mas a possibilidade de reavê-los, no contexto desta pesquisa, foi de um em 17 casos analisados. Oito crianças foram adotadas, 8 foram entregues aos cuidados da família extensa e apenas uma reintegrada à mãe. Para as crianças entregues aos cuidados da família extensa fica a possibilidade de manutenção do contato e alguma convivência entre as mulheres e seus filhos.

As justificativas para o acolhimento das crianças foram negligência, abandono e violação de direitos decorrentes do uso de drogas pelas genitoras. Nos referidos documentos foi possível constatar que as condições colocadas para as mulheres

reaverem a guarda dos filhos são o acatamento dos encaminhamentos propostos e a frequência nos serviços assistenciais e de saúde. A baixa adesão das mulheres a estes serviços pode ser apontada como a principal razão para que tantas crianças tenham sido colocadas em famílias substitutas sob a modalidade de guarda em família extensa ou adoção.

Tendo em vista as várias e complexas questões que envolvem a situação das mulheres e das crianças, este trabalho não defende a permanência delas com a família de origem a qualquer custo. O foco de sua atenção dirige-se a dar visibilidade às questões de classe social, raça e gênero que passam despercebidas no cotidiano das práticas judiciárias. A retirada dos recém-nascidos de suas mães, apresentada como questão individual e tratada de forma particularizada, com forte viés moral, esconde o sistema de opressão e exploração político-econômico que a construiu. Desnuda ainda, o sistema de desproteção a essas mulheres. Isso apareceu na ausência da Defensoria Pública em vários casos, na suspeição posta sobre elas e na exclusão dos homens desses processos.

A articulação dos serviços da Saúde, Assistência Social, Educação e Habitação impactou positivamente na história de vida de duas mulheres: uma pode reaver a criança acolhida e outra pode manter consigo a criança havida posteriormente. Estas duas mulheres encontram-se atualmente referenciadas nos serviços de Saúde e Assistência Social do Município. Outras duas mulheres também se encontram nesta condição. Entre as demais, verificamos que duas constam como pacientes ocasionais nas unidades de saúde, cinco se encontram em situação de rua, duas faleceram e duas não foram localizadas nos sistemas acessados.

Aqui queremos destacar que uma ação de proteção a essas mulheres requer a articulação de diversos serviços. Ou seja, o princípio da intersetorialidade quando praticado, apresentou resultados diferenciados. Por outro lado, as exigências dos serviços ultrapassa a possibilidade de muitas dessas famílias. Citamos como exemplo um fato que chama a atenção: em uma das histórias vimos que o dinheiro do Bolsa Família não permitia à mulher comprar fraldas, sem fraldas a creche não aceitava a criança. A falta da criança à creche é falha grave da mãe. Em um círculo perverso, essas mulheres pobres vão tentando seguir em suas lutas diárias.

Nas histórias contadas neste trabalho as questões de classe social, raça/etnia e gênero se enovelam. Enoveladas, as mulheres acabam subsumidas como “crackeiras”. Suas histórias revelam precárias condições de existência, exposição à violência e diversas violações de direitos. A retirada da criança de sua família de origem e o seu encaminhamento para o abrigo funciona, ainda que sob o discurso de proteção da criança, como mecanismo de punição da mulher, não só pelo seu uso de drogas, mas também por sua situação de pobreza, responsabilizando-a, individualmente, por não usufruir de condições dignas de cidadã, que o Estado deveria, mas não provê.

Não podemos afirmar que todas as mulheres desta pesquisa ficariam com seus filhos se contassem com uma estrutura familiar, habitacional, comunitária e de trabalho estável, mas também não podemos afirmar que não, até que tenhamos estabelecidas condições de acesso para todas.

Apesar das adversidades, elas não são expectadoras passivas da vida. À exceção de Amália e Kênia, falecidas, estas histórias continuam e algumas mulheres seguem se reinventando, como é o caso de Rosana, Karyna e Elizângela.

Ao finalizarmos este trabalho nos dirigimos aos profissionais que trabalham com a temática, especialmente os/as assistentes sociais, para reafirmar a necessária reflexão sobre os processos sociais que a engendram. Esta reflexão se configura condição essencial para superarmos o imediatismo e as pressões do cotidiano, que muitas vezes nos levam a atuar sem nos atentarmos para o que produz a realidade sobre a qual intervimos e que resultados nossas práticas produzem.

O tema deste trabalho é por demais complexo e não temos a pretensão de esgotá-lo. Para os próximos estudos, coloca-se o desafio de ouvir as mulheres participantes desta pesquisa e saber delas diretamente o que pensam e como lidam com o acolhimento institucional de seus filhos. Isso porque, falamos delas aqui a partir dos registros feitos por outrem (serviços de saúde, judiciário, assistência social, etc). Mas o que ela têm a dizer? Começamos, assim, um novo caminho: dar visibilidade a essas histórias. Para isso, junto com uma equipe de cinema, iniciamos a saga de contar as histórias dessas mulheres por elas mesmas. Terminamos, assim, a dissertação como que encerrando um capítulo para começarmos outros.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. S.; AZEVEDO, E. E. B.; NOBRE, M. C. Q. Drogas, “questão social” e políticas sociais: entre os direitos de cidadania e a criminalização da pobreza. GONÇALVES, A. M.; ALBUQUERQUE, C. S. **Drogas e proteção social: os desafios da intersectorialidade**. Fortaleza: expressão, 2016.

ALVES, P.A. O mito do amor materno e suas implicações nas decisões judiciais. ARPINI, D. M.; CÚNICO, S. D. **Novos olhares sobre a família: aspectos psicológicos, sociais e jurídicos**. Curitiba: CRV, 2014.

ALVES, Y. D. D. **Jamais fomos zumbis: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo**. 2015. 363f. Tese (Doutorado em Antropologia)–Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

ARENDRT, R. E.; MINNES, S.; SINGER, L. Fetal cocaine exposure: neurologic effects and sensory-motor delays. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, Cleveland, v. 16, n. 1-2, p. 129-144, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327946>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, J. A revisão bibliográfica – uma dimensão fundamental para o planejamento da pesquisa. **Instrumento**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 103-11, jul./dez. 2009.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T. N.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 2, abr./jun. 2012.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Página oficial**. <https://www.ibge.gov.br/>.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades**. <https://cidades.ibge.gov.br/>.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), p. 13.563, 16 jul. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; [...] e dá outras. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm>. Acesso em: 13 mar. 2017.

_____. **Lei nº 13257, de 08 de Março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em 10 dez. 2017.

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano de Enfrentamento ao crack e outras Drogas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), p. 21 maio 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno 3 – Capacita SUAS - Vigilância Socioassistencial: Garantia do Caráter Público da Política de Assistência Social**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 10 dez. 2017.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília: CONANDA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta Nº 001**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/08/Nota-tcnica--diretrizes-e-fluxograma-mulher-sit-rua.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Nota Técnica Conjunta Nº 001**. Brasília (DF), 2016. Disponível

em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_cornijunta_01_MDS_msaude.pdf> Acesso em 05 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília (DF), 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 570, de 1º de Junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510, de 07 de Abril de 2016**. Dispõe sobre as Normas Éticas Aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 08 dez.2017.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Nota Pública de Repúdio a Retirada Compulsória de Bebês de Mães Usuárias de Substâncias Psicoativas**. Disponível em: <file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Nota%20Publica%20-%20Acolhimento%20Compulsorio_FINAL%20(1).pdf> Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 11.100, de 07 de Outubro de 2016**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2016/Reco011.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da Profissão. 10ª Ed: Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 10 dez 2017.

BRAVO, M. I. S. Apresentação. SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. **Política Social, Família e Juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTOLETE, J. M. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília (DF): SENAD, 2006. Disponível em:

<http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/publi/senad/glossario_de_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BOITEUX, L. Liberdades individuais, direitos humanos e internação forçada em massa de usuários de drogas. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais**, Belo Horizonte, v. 7, n. 25, p. 53-80, jan./abr. 2013.

BOLZAN, L. M. **Onde estão as mulheres?** A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. 2015. 150f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós Graduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do SUL, Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BUCHANAN, J.; YOUNG, L. Child protection: social workers' views. KLEE, H.; JACKSON, M.; LEWIS, S. **Drug misuse and motherhood**. London:Routledge, 2002.

CARAVACA, J. Crack: el inicio de la piedra en Brasil. **Rev. Enfermería Actual em Costa Rica**, n. 27, p. 2-11, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/16182/15661>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1999.

CAVALCANTI, S. U.; VIEIRA, T. S. Ensaio sobre Família, Crack e Políticas Sociais no Brasil. In: **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital**. 23 a 26 agosto 2011. Universidade Federal do Maranhão, São Luiz/MA. Disponível em www.jornpp.ufma.br/jornadas/jornpp2011/Cdjornada/JORNADA_EIXO_2011/ESTAD O_LUTAS_SOCIAIS_E_POLÍTICAS/ENSAIO SOBRE FAMÍLIA CRACK E POLÍTICAS SOCIAIS N0 BRASIL.pdf

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F. D. O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 409-413, jul./set. 2004.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, L. Ser jovem, ser pobre é ser perigoso? Imagens sobre a juventude. **Revista de Estudos sobre Juventud**, Ano 9, v. 22, p. 338-355, 2005.

COPPOLA, M. E. A. **Mães que perdem os filhos na Justiça**. 2005. 173f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Programa de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Campinas.

DIGIÁCOMO, E. **Das implicações da alteração do art. 19, da Lei nº 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente) pela Lei nº 13.257/2016 (que institui o Marco Legal da Primeira Infância)**, 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/48422/das-implicacoes-da-alteracao-do-art-19-da-lei-n-8-069-90-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-pela-lei-n-13-257-2016-que-institui-o-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em 10 dez. 2017.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (Org). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2011.

FÁVERO, E. T. **Questão social e perda do poder familiar**. São Paulo: Veras, 2007.

_____. Barbárie social e exercício profissional: apontamentos com base na realidade de mães e pais destituídos do poder familiar. **Serviço Social e temas sociojurídicos**: debates e experiências. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2014.

FERGUNSON, I. Austeridade no Reino Unido: o fim do estado de bem estar social? . **Revista Argumentum**, Vitória, v. 5, n.2, p. 65-88, jul./dez. 2013.

FIGUEIRÓ, M. E. S. S.; MINCHONI, T.; MELLO, L. C. A. Políticas públicas para crianças e adolescentes no Brasil: um resgate histórico. PAIVA, I. L.; SOUZA, C.; RODRIGUES, D. B. **Justiça juvenil**: teoria e prática no sistema socioeducativo. Natal: SDUFRN, 2014.

FRANÇA, D. B. A excepcionalidade da medida de abrigamento. In: I SEMINÁRIO LUSO-BRASILEIRO DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE, 2008, Brasília (DF). **Revista da Associação dos Defensores Públicos do Distrito Federal**, Brasília (DF), ano 3, n. 3, 2008. Disponível em: <http://bercodacidadania.org.br/wp-content/uploads/2011/08/A-EXCEPCIONALIDADE-DA-MEDIDA-DE-ABRIGAMENTO.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

FIOCRUZ. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Acesso em: 1 ago. 2015.

FREITAS, S. M. C. **Nas mãos**: a criança e o cachimbo. As experiências de maternidade das mulheres usuárias de crack. 2015. 130f. Dissertação (Mestrado em

Psicologia)–Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

GARCIA, L. S, L. Apresentação. In: SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

GARCIA, M. L. T. **Internação Compulsória**: o gasto público com essa decisão. Vitória: Relatório parcial da Pesquisa Gastos Extra Hospitalares em saúde mental, UFES, 2014.

GARCIA, M. L. T.; MENANDRO, L. M. T.; ULIANA; R. S. S. Perfil de mães usuárias de drogas em situação de perda da guarda dos filhos em Vitória/ES. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 16, n.1, p. 27-46, jan./jul. 2016.

GARCIA, M. L. T.; MENANDRO, L. M. T.; ULIANA; R. S. S. **A perda da guarda de filhos**: relatos de mães usuárias de drogas. 2017. (no prelo).

GOIS, D. A. famílias, desenraizamento social e privação de direitos. FÁVERO, E.; GOIS, D. A. (Org.) **Serviço Social e temas sociojurídicos**: debates e experiências. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2014.

GUIMARÃES, M. F. Trajetória dos feminismos: introdução à abordagem de gênero. CASTILLO-MARTIN, M; OLIVEIRA, M. (Org.) **Marcadas a ferro**: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de políticas para as Mulheres, 2005.

IPEA. **Levantamento Nacional de abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede SAC**. Brasília (DF), 2003. Disponível em:

<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/acolhimento_institucional/Doutrina_abrigos/IPEA._Levantamento_Nacional_de_abrigos_para_Criancas_e_Adolescentes_da_Rede_SAC.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2015.

JALIL, E. et al. Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.) **Pesquisa nacional sobre o**

uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

KASSADA, D.S.; MARCON, S.S.; WAIDMAN, M.A.P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 428-434, jul./-set. 2014.

LAM, W. K. K.; WECHSBERG, W.; ZULE, W. African-American women who use crack cocaine: a comparison of mothers who live with and have been separated from their children. **Child Abuse & Neglect**, v. 28, Issue 11, 2004, p. 1229-1247

LEAL, J.; CALDERÓN, D. Espaços do (im)provável: uma experiência política de mulheres em situação de rua usuárias de crack. PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. **Luta antimanicomial e feminismos:** discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

LEMGRUBER, J.; BOITEUX, L. O fracasso da guerra às drogas. LIMA, R. S.; RATTON, J. L.; AZEVEDO, R. G. **Crime, Polícia e Justiça no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2014.

LESTER, B. M.; TWOMEY, J. E. Treatment of substance abuse during pregnancy. **Women's Health**, v. 4, n. 1, 2008, p. 67-77.

LIMA, R. C. C.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e ao proibicionismo. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n. 2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

LOPES, L. R. Uma carta ronda a cidade de Vitória: a história de caçadores e leões, a instituição do medo e do risco na sociedade da segurança. **Revista de artigos da I Jornada Científica do Fórum de Assistentes Sociais e Psicólogos do Poder Judiciário do Espírito Santo**, Vitória, p. 263-268, 2015.

LYONS, P.; RITTNER, B. The construction of the crack babies phenomenon as a social problem. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 68, n. 2, 1998.

MACEDO, F. S.; ROSO, A.; LARA, M. P. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1285-1298, 2015.

MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, v. 4, n. 2, p. 121-28, 2015. Disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/664>. Acesso em: 24 mai. 2017.

MANTOVAN, R. A. A família e sua história. SANTOS, R.; DAL BELLO, M. G. (Org.) **Família que vive do trabalho e proteção social: três perspectivas em análise**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: história de vida. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 166-172, 2012. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18874>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

MARQUES, T. C. **A Rede de Atenção psicossocial (RAPS) no atendimento às mulheres puérperas usuárias de drogas na perspectiva da convivência familiar**. 2015. 95f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MARTINS, A. P. V. História da maternidade no Brasil: arquivos, fontes e possibilidades de análise. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA. 23.; 2005.

Anais... Londrina: ANPUH, 2005. Disponível em:

<<https://anais.anpuh.org/?p=19208>> Acesso em: 13 mar. 2017.

MARTINS, T. C. S.; SANTOS, A. C. T. Criminalização e focalização como resposta à questão (social) étnico racial: o visível invisível no exercício e na formação profissional do Serviço Social. GONÇALVES, M. C. V.; MARTINS, T. C. S.; SANTOS, V. N. **Temas contemporâneos no Serviço Social**: um convite à reflexão. São Cristóvão: UFS, 2016.

MAY, T. **Pesquisa Social**: questões, métodos e processos. Porto alegre: Artes Médicas, 2004.

MENANDRO, L. M. T. A esterilização cirúrgica de Janaína e o planejamento familiar no Brasil. In: Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social, 16., 2018, Vitória. **Anais do evento**. Vitória: ABEPSS, 2018. Cd, trabalhos_finais/01240.html.

MENANDRO, L. M. T.; ULIANA, R. S. S. **“Eu cuido muito bem dos meus filhos!”**Mães usuárias de drogas do CAPS AD III de Vitória e a perda (ou ameaça da perda) da guarda de seus filhos. 2015. 123f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)–Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO PÚBLICO (Rio de Janeiro). **Considerações sobre a Nota Técnica Conjunta N. 01/15 – Secretaria de Atenção à saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

<www.mprj.br/documents/112957/3335522/CONSIDERACOES_ACERCA_DA_NOTA_TECNICA_DO_MINISTERIO_DA_SAUDE.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. **Política Social, Família e Juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Família, trabalho co famílias e Serviço Social. **Serviço Social em revista**, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010. Disponível:
<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>> Acesso em: 06 dez. 2018.

_____. Famílias contemporâneas? Intervenções contemporâneas? MARTINO, M.; GIORGI, V. **Miradas ibero americanas sobre prácticas profesionales em el campo familiar**. Montevideo, 2016. Edição digital disponível em:
<http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2016/11/Miradas_Iberoamericanas.pdf.> Acesso em: 30 set. 2017.

MOREIRA, M. I. C. Os impasses entre acolhimento e o direito à convivência familiar. **Psicologia & Sociedade**, Niterói, n. 26 (número especial), p. 28-37, 2014.

MISHRA, R. **O Estado-Providência na sociedade capitalista**: políticas públicas na Europa, América do Norte e Austrália. Oeiras: Celta, 1995.

NASCIMENTO, M. L. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. **Psicologia & Sociedade**, Niterói, n. 24 (número especial), p. 30-44, 2012.

NASCIMENTO, F. A.; GARCIA, M. L. T. O fórum de saúde mental e a questão das drogas. In: GARCIA, M. L. T. (Org.). **Entre tramas, redes e atos**: a política de saúde mental brasileira e o caso do Espírito Santo. São Paulo: Annablume; Vitória: FAPES, 2011. p. 287-315.

NERY FILHO; LORENZO, C.; DIZ, F. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. LIMA, C. A.; ÁVILA, J. **Curso de prevenção dos**

problemas relacionados ao uso de drogas. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Florianópolis: NUTE/UFSC, 2014. Disponível em: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/textos/capitulo-6.pdf>> Acesso 05 dez. 2018.

OLIVEIRA, D. D.; LIMA, R. B.; SANTOS, A. A cor do medo: o medo da cor. OLIVEIRA, D. D. et al (Orgs.). **A cor do medo: homicídios e relações raciais no Brasil.** Goiânia: UFG, 1998.

OLIVEIRA, E. F. A. **Análise do financiamento da política de saúde mental com base no planos Nacional de Saúde e Relatórios de Gestão.** 2017. (no prelo).

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481, abr./jun. 2006.

OMS. **Violencia contra la mujer.** Violencia de pareja y violencia sexual contra La mujer. Nota descriptiva nº 239. Noviembre de 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>> Acesso em: 05 dez. 2018.

PASSOS, S. M. B. **Mulheres/mães usuárias de crack: histórias de desproteção social.** 2016. 145f. Dissertação (Mestrado)—Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

PASSOS, R. G. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 126, sem paginação, mai./ago. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282016000200281&lng=pt&nrm=iso> Acesso 3 dez. 2018.

PETUCO, D. R. S. **Entre imagens e palavras**: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack. 2011. 131f. Dissertação (Mestrado em Educação)–Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo**: Crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, P. A. P. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008 a.

_____. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. **Política Social, Família e Juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2008 b.

_____. **Necessidades Humanas**: Subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2008 c.

RASCH, S. S. **Flores conversam no jardim**: estratégias do cuidado de si por mulheres em tratamento no CAPS AD/CPTT na reinvenção de suas vidas. 2014. 296 f. Tese (Doutorado em Psicologia)–Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

REIS, E. F. Produzindo mães e pais de família. In: COIMBRA, C. M. B.; AYRES, L. S. M.; NASCIMENTO, M. L. **PIVETES**: encontros entre a psicologia e o judiciário. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2008.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (Org). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2011.

ROCHA-COUTINHO, M.I.R. **Tecendo por trás dos panos**: a mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

ROSA, C. P. **Nova lei da guarda compartilhada**. São Paulo: Saraiva, 2015.

ROSSATO, L. A.; LÉPORE, P. E.; CUNHA, R. S. **Estatuto da criança e do adolescente comentado**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero e Patriarcado: a necessidade da violência. CASTILLO-MARTIN, M; OLIVEIRA, M. (Org.) **Marcadas a ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar**. Brasília: Secretaria Especial de políticas para as Mulheres, 2005.

SALVADOR, E. S. **Fundo público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007)**. 2008. 395f. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SAMPAIO, J.; SANTOS, M. F. S.; SILVA, M. R. F. A representação social da maternidade em crianças em idade escolar. **Psicol. cienc. prof.**, v. 28, n. 1, Brasília, 2008.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 46-60, 2001.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez., 1995.

SILVA, S. A.; PIRES, A. P.; GOUVEIA, M. J. Toxicodependência e maternidade: uma revisão de literatura. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 83-100, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-566520150000100083&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 fev. 2016.

SOUZA, M. P. As estratégias dos Serviços de Proteção à Criança e ao Adolescente. **Textos e Contextos**, Porto alegre, v. 3, n. 1, 2004. Disponível em: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/986/766. Acesso em: 15 out. 2017.

SOUZA, J. S.; GARCIA, M. L. T. Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ES. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 199-220, jul./dez. 2008.

SPOSATI, A.; BONETTI, D.; YASBEK, M. C.; FALCÃO, M. C. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. São Paulo: Cortez, 1985.

SPRINGER, K. W. The race and class privilege of motherhood: the New York Times presentations of pregnant drug-using women. **Sociological Forum**, v. 25, n. 3, p. 476-499, Sep. 2010.

STONE, R. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. **Health and Justice**, Bethesda, v. 3, n. 2, sem paginação, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5151516/>> Acesso em: 06 dez. 2018.

TEIXEIRA, I. B. A. Política de Drogas no Brasil e o Papel do Estado Liberal: Luta de Classes, Ideologia e Repressão. In: **Revista Cadernos e Estudos Sociais e Políticos**, V.1, n.1, jan-jul/2012.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. **Psicologia USP**, v. 13, n. 2, São Paulo, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Cenário econômico, social, e psicossocial no Brasil recente: balanço e perspectivas de ação. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 15, n. 28, p. 149-186, 2012.

WACQUANT, L. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos [A onda punitiva]**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

WEISDORF, T.; PARRAN Jr., T. V.; GRAHAM, A.; SNYDER, C. Comparison of pregnancy-specific interventions to a traditional treatment program for cocaine-

addicted pregnant women. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 16, n. 1, 1999, p. 39-45.

WOLFF, K. B. Panic in the ER: maternal drug misuse, the right to bodily integrity, privacy, and informed consent. **Politics & Policy**, v. 39, n. 5, 2011, p. 679-714.

WRICK, D. F. et al. Características dos Serviços de Acolhimento Institucional e o Perfil de crianças e Adolescentes Acolhidos no Estado do Espírito Santo no Ano de 2014. **Revista de artigos da I Jornada Científica do Fórum de Assistentes Sociais e Psicólogos do Poder Judiciário do Espírito Santo**, Vitória, p. 203-212, 2015.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 44-47, 2008. Disponível em <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/8714>>. Acesso em 19 fev. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Informações Extraídas das Fichas de Registro das Assistentes Sociais da Maternidade e UTIN do HUCAM

| | |
|--|--------------------------|
| Data de acolhimento do RN: | |
| Idade da Mãe: | |
| Grau de Instrução: | |
| Profissão: | |
| Estado Civil: | Tempo de Relacionamento: |
| Bairro onde Reside: | |
| Composição Familiar: | |
| Renda da Família: | |
| Recebe assistência pelo CRAS/CREAS: | |
| Fez Pré-Natal? | Onde? |
| Tipo de droga que faz uso: | |
| Serviços do Município que foram acionados: | |
| Retorno: | |
| Familiares/amigos acionados: | |
| Retorno: | |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

APÊNDICE II**Dados extraídos do Prontuário do HUCAM**

| |
|--|
| Etnia da mãe: |
| Relatos de atendimentos anteriores a este parto: |
| Relatos de atendimento posteriores a este parto: |
| Tipo de parto: |
| Sexo do bebê: |
| Bebê precisou de UTIN? |
| Mãe amamentou este bebê? |
| Anotações dos profissionais relativos ao comportamento da mulher durante a internação: |
| Anotações dos profissionais relativos à relação da mulher com seu bebê: |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

APÊNDICE III**Dados Extraídos do Prontuário Eletrônico da Unidade Básica de Saúde**

| |
|--|
| Houve acompanhamento anterior ao parto? |
| Houve acompanhamento posterior ao parto? Que tipo de acompanhamento? |
| Quais foram as intervenções dos Serviços? |
| Houve acionamento de outros atores/Serviços? Quais? |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

APÊNDICE IV**Dados Extraídos do Sistema de Gerenciamento da Atenção à Família (SIGAF)**

| |
|--|
| Houve acompanhamento anterior ao parto? |
| Houve acompanhamento posterior ao parto? |
| Quais os Serviços da Rede de Assistência Social envolvidos no atendimento ao caso? |
| A mulher recebeu ou recebe Bolsa Família ou outros benefícios assistenciais? |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

APÊNDICE V**Informações da Secretaria Municipal de Obras e Habitação**

| |
|---|
| A mulher foi ou é beneficiária de algum Programa Habitacional do Município? |
|---|

| |
|------------------------|
| Se sim, qual ou quais? |
|------------------------|

Fonte: Elaboração própria, 2017.

APÊNDICE VI**Dados Extraídos dos Processos Judiciais**

| |
|---|
| Que elementos aparecem como justificativa para o acolhimento do bebê a partir da Maternidade? |
| Foram estabelecidas condições para que a mãe pudesse reaver a guarda desta criança? Quais? |
| Foram acionados serviços públicos para acompanhamento do caso? Quais? |
| Qual o tempo de permanência desta criança na Unidade de Acolhimento? |
| Quais são as iniciativas de garantia da convivência familiar relatadas no processo? |
| Houve tentativas do Juizado de acionamento da família? Qual a resposta? |
| Como está descrito o comportamento da mãe em relação à criança? |
| Qual o desfecho do processo? |

Fonte: Elaboração própria, 2017.

ANEXOS

ANEXO I - Nota Recomendatória do Ministério Público do Estado do Espírito Santo Nº 003/2010



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

NOTIFICAÇÃO RECOMENDATÓRIA Nº 003/2010

NOTIFICANTE: MINISTERIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

NOTIFICADOS: Diretores dos Hospitais/Maternidades Públicos e Particulares.

O Ministério Público do Estado do Espírito Santo, no exercício das atribuições previstas no art. 127, *caput*, e art. 129, II, ambos da Constituição Federal, art. 120, parágrafo 1º, II da Constituição Estadual, art. 27, parágrafo único, IV da Lei nº 8625/93, e art. 29, parágrafo único, II da Lei Complementar Estadual nº 95/97, e

CONSIDERANDO que, a teor do art. 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente- Lei 8.069/90, "a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que **permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso**, em condições dignas de existência";

CONSIDERANDO que a toda criança e adolescente deve ser assegurada a convivência familiar e comunitária *em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes*, conforme assegura o art. 19 da mesma lei;

CONSIDERANDO que o artigo 98, II do Estatuto da Criança e do Adolescente, dispõe que: "as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados: II por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;

CONSIDERANDO que a parturiente toxicômana põe em risco os direitos do recém-nascido, pois não exerce as funções de cuidado e guarda devidamente;

[Assinatura]
 Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Vitória
 Rua Henrique de Novaes 76 Ed Augusto Ruschi, Centro, Vitória-ES CEP 29010-490. Telefone 027-3223-5933.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

CONSIDERANDO, que há estudos comprovando que o leite materno transmite substâncias entorpecentes de modo a causar dependência química, além de provocar taquicardia e pressão alta no lactente. (artigo recentemente publicado na revista científica *Analytical and Bioanalytical Chemistry*)¹;

E CONSIDERANDO, por fim, os diversos casos de graves maus tratos praticados por mães toxicômanas contra recém-nascidos, atendidos por esta Promotoria e noticiados pela imprensa.

NOTIFICA,

em caráter recomendatório, todos os Diretores dos Hospitais/Maternidades Públicos, Filantrópicos e Particulares **que tomem ciência das considerações acima, bem como, dos dispositivos legais mencionados, para o fim de:**

- 1) comunicar todos os casos em que a parturiente apresentar sintomas de dependência química, incontinente, ao Conselho Tutelar (Conselho Tutelar do Centro localizado na Av. Marcos de Azevedo 334, Parque Moscoso, Vitória-ES, telefone 27-3132-7058 ou Conselho Tutelar de Maruípe localizado na Av. Leitão da Silva, Santa Luiza, telefone 27-3382-3020) e à Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Vitória (endereço no rodapé da presente notificação);
- 2) não entregar o recém-nascido para genitora que apresente sintomas de dependência química, **sem o acionamento do Conselho Tutelar;**
- 3) dar conhecimento, mediante ciência formal, a todos os profissionais atuantes na maternidade e berçário do nosocômio, dos termos da presente notificação e da obrigação a ser seguida.

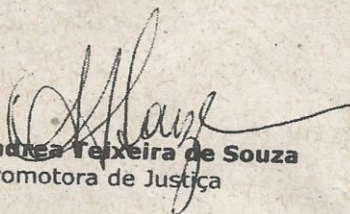
¹ Disponível em página da internet <http://www.antidrogas.com.br/mostraartigo.php?c=1907>

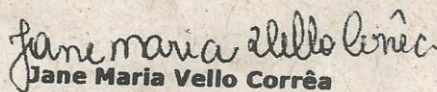


MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Finalmente, com intuito de colaboração, se necessário se fizer, esta Promotoria de Justiça se coloca à disposição quanto ao assunto, sem prejuízo das responsabilidades enunciadas.

Vitória, 13 de Julho de 2010.


Andrea Teixeira de Souza
Promotora de Justiça


Jane Maria Vello Corrêa
Promotora de Justiça

ANEXO II - Parecer favorável à viabilidade da pesquisa no HUCAM



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA ACESSO AOS PROCESSOS JUDICIAIS

Eu, Luiz Alberto Sobral Vieira Jr., Superintendente do HUCAM, autorizo a pesquisa "Recém-nascidos de Mulheres Usuárias de Crack: (des)caminhos e (des)proteção", sob responsabilidade de Gediane Laurett Neves Rangel, no âmbito desta Instituição.

Estou ciente de que esta autorização permitirá o acesso da pesquisadora aos prontuários e às fichas de atendimento do Serviço Social das mulheres usuárias de drogas referenciadas em Vitória/ ES que receberam Notificação de Acolhimento Institucional na Maternidade do HUCAM no período de 2008 a 2017.

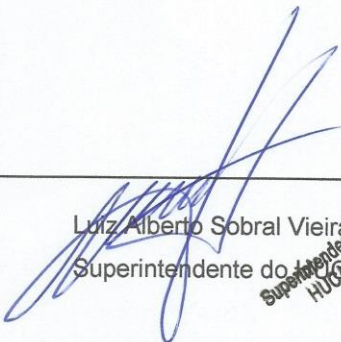
Também estou ciente que a pesquisa tem por objetivo analisar os desdobramentos dos acolhimentos institucionais dos(as) recém-nascidos(as) de mulheres usuárias de crack, referenciadas em Vitória, ocorridos na Maternidade do HUCAM, visando refletir os resultados gerados para os sujeitos (mulheres e crianças) envolvidos nesse processo.

Esta autorização se faz mediante os seguintes compromissos expressos pela pesquisadora responsável:

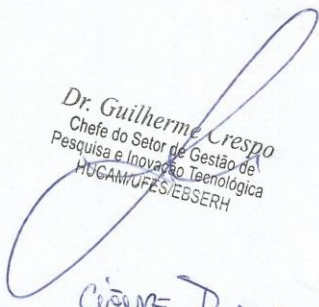
- de que apenas a mesma terá acesso aos documentos solicitados;
- de que serão tomadas as devidas precauções para que não haja danos aos documentos;
- de que os mesmos serão manuseados em ambiente reservado e destinado para isso dentro do HUCAM, não podendo ser retidos do local de origem;

- de que os dados coletados serão tratados com padrões profissionais de sigilo, sendo guardando os dados em local seguro, sob a responsabilidade da pesquisadora, e
- de que a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

Vitória, 10 / 05 / 2018



Luiz Alberto Sobral Vieira
Superintendente do Instituto em Exercício
HUCAM/UFES/EBSERH



Dr. Guilherme Crespo
Chefe do Setor de Gestão de
Pesquisa e Inovação Tecnológica
HUCAM/UFES/EBSERH

Cópia de acordo
PERA GEP.
10/05/18

ANEXO III - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS)



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "**RECÉM-NASCIDOS DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK: (DES)CAMINHOS E (DES) PROTEÇÃO**" de autoria de **GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL**. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 10 de janeiro de 2018

Sheila Cristina de Souza Cruz

Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

**ANEXO IV - Autorização da Secretaria Municipal de Assistência Social
(SEMAS)**



**PREFEITURA
VITÓRIA**

DE

CARTA DE APRESENTAÇÃO

| Número | Origem | Destino | Data | Emitida por | Recebida por |
|--------|-----------------|-----------|----------|----------------------------------|--------------|
| 016 | SEMAS/GPGS/CGTS | SEMAS/GAC | 26/06/18 | COMISSÃO DE PESQUISA SEMAS | |

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Texto

Prezado (a) Gerente;

O Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado “**Recém Nascidos/as de Mulheres Usuárias de Crack: (Des) Caminhos e (Des) Proteção**”, do Mestrado em Política Social - Programa de Pós-graduação em Política Social, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), de autoria da pesquisadora Gediane Laurett N. Rangel, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da SEMAS, dada a sua relevância para a Política de Assistência Social no município de Vitória-ES.

Ressaltamos que a pesquisadora foi orientada que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em em forma impressa e em versão digital na SEMAS/GPGS.

Sendo assim, solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada e que a pesquisa seja viabilizada por esta Gerencia.

Atenciosamente,

Sivana Fallina

Comissão de Pesquisa da SEMAS

ANEXO V - Pedido de autorização para pesquisa à 1ª Vara do Juizado da Infância e Juventude de Vitória



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

**À MM^a. Juíza da Primeira Vara da Infância e Juventude de Vitória
Lorena Miranda Laranja do Amaral**

Eu, Gediane Laurett Neves Rangel, brasileira, casada, Assistente Social no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e Mestranda no Programa de Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, CPF 054.694.387-08, me encontro desenvolvendo a pesquisa **“Recém-nascidos(as) de Mulheres Usuárias de Crack: (des)caminhos e (des)proteção”**, sob a orientação do Prof.^a Dr.^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia.

A pesquisa tem por objetivo analisar os desdobramentos dos acolhimentos institucionais dos(as) recém-nascidos(as) de mulheres usuárias de crack, referenciadas em Vitória, ocorridos na Maternidade do HUCAM, visando refletir os resultados gerados para os sujeitos (mulheres e crianças) envolvidos nesse processo.

O estudo requer pesquisa documental com a finalidade de levantar dados sobre as mulheres usuárias de drogas que receberam Notificação de Acolhimento Institucional de seus bebês na Maternidade e UTIN do HUCAM no período de 2008 a 2017. Trata-se de 19 mulheres e 23 bebês, cujos nomes e os anos em que ocorreram os acolhimentos encontram-se relacionados em anexo.

Assim sendo, solicito de V. Ex^a, a valiosa colaboração no sentido de autorizar o acesso aos processos judiciais dos recém-nascidos das mulheres usuárias de drogas com vistas a responder às seguintes questões: quais os elementos que embasaram a medida de acolhimento institucional? Foram estabelecidas condições para as mães reaverem a guarda das crianças? Quais? Quais os serviços públicos


 Lorena Miranda Laranja do Amaral
 Juíza de Direito

acionados como suporte para esses casos? Qual o tempo de permanência das crianças nas Unidades de Acolhimento? Qual o desfecho do processo (quando possível)? Quais as iniciativas de garantia de convivência familiar? Quais as tentativas de convocação das famílias pelo Juizado? Qual a conduta das mães durante o período de acolhimento das crianças?

Ressaltamos que, após busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e em outras bases (Redalyc, Pubmed, Clacso e Scielo) não encontramos nenhum trabalho que trate especificamente do acolhimento institucional dos(as) filhos(as) de mulheres usuárias de drogas, o que confere pioneirismo ao estudo proposto.

A realização deste trabalho justifica-se pela atualidade do tema e pela premência de respostas às necessidades específicas dessas mulheres e seus bebês.

Os benefícios do estudo estão relacionados a dar visibilidade às questões de classe, raça/etnia e sexo que perpassam o acolhimento institucional dos(as) filhos(as) de mulheres usuárias de drogas, normalmente subsumidas como “crackeiras”. Refletindo sobre as necessidades específicas dessas mulheres e seus bebês, esperamos que esta pesquisa contribua na elaboração de ações e programas que considerem e atendam essas necessidades. Além disso, esperamos contribuir para uma prática do Serviço Social mais crítica, reflexiva e comprometida com os princípios que norteiam o Projeto Ético-Político da profissão.

Os riscos que envolvem esta pesquisa dizem respeito à exposição dos(as) participantes. Para minorar estes riscos, a pesquisadora compromete-se a tratar os dados coletados com padrões profissionais de sigilo. Os dados serão guardados em local seguro, sob a responsabilidade da pesquisadora e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os(as) participantes.

A pesquisa não acarretará ganhos financeiros ou despesas para V.Ex.^a, nem para a Primeira Vara da Infância e Juventude de Vitória. No entanto, se surgir alguma despesa não prevista, referente à participação, nos comprometemos ressarcí-la, mediante solicitação.


Lorena Miranda Laranja do Amaral
 Juiza de Direito

V.Ex.^a será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para retirar seu consentimento a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não levará a qualquer penalidade.

Informo que a previsão é de que os dados sejam coletados no período de junho a agosto de 2018.

Este pedido de autorização encontra-se impresso em duas vias assinadas pela pesquisadora, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a V.Ex.^a.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa V. Ex.^a poderá contatar a pesquisadora Gediane Laurett Neves Rangel pelo e-mail gedianeInrangel@yahoo.com.br ou pelo telefone (27) 99995-4731.

Em caso de problema com a pesquisa ou denúncia, V.Ex.^a poderá contatar o Comitê de Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFES, pelo telefone (27) 3145-9820 ou pelo e mail cep.goiabeiras@gmail.com. O referido Comitê está localizado à Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória – ES, CEP 29.075-910.

Segue o Termo de Autorização Institucional, a ser assinado em duas vias, caso V. Ex.^a autorize a pesquisa.

Contando com a sua compreensão, agradeço antecipadamente.

Vitória, 08 de Maio de 2018.

Gediane L. Neves Rangel.

Gediane Laurett Neves Rangel

Pesquisadora Responsável

Lorena Miranda Laranja do Amaral
Juiza de Direito

ANEXO VI - Autorização para pesquisa e Termo de Responsabilidade assinado pela pesquisadora na 1ª Vara da Infância e Juventude de Vitória



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
1ª VARA ESPECIALIZADA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DE VITÓRIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

No dia quinze (15) do mês de maio do ano de dois mil e dezoito (2018), Lorena Miranda Laranja do Amaral, Juíza de Direito da 1ª Vara de Infância e Juventude de Vitória, autorizou que a Sra. Gediane Laurett Neves Rangel, assistente social e mestrande do Programa de Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo realize a pesquisa documental no âmbito dos processos judiciais da 1ª Vara de Infância e Juventude de Vitória, referentes aos acolhimentos institucionais dos neonatos, nascidos na na Maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) no período de 2008 a 2017. Pesquisa denominada como: "Recém-nascidos (as) de Mulheres Usuárias de Crack: (des) caminhos e (des) proteção".

Por este Termo de Responsabilidade a pesquisadora compromete-se a tratar os dados coletados dos processos judiciais com padrões profissionais de sigilo, responsabilizando-se pela segurança destes dados, sendo também de responsabilidade da pesquisadora o anonimato dos (as) participantes no ato de divulgação dos resultados; compromete-se também em tomar todas as precauções necessárias para preservação dos processos pesquisados, para que não haja dano aos mesmos, responsabilizando-se pelo manuseio dos processos em local previamente destinado para a pesquisa, que será no espaço da 1ª Vara de Infância e Juventude, responsabilizando-se pela não retirada destes de seu local de origem, compromete-se neste quesito também por não produzir cópias ou fotografias dos processos pesquisados.

Gediane Laurett Neves Rangel

Gediane Laurett Neves Rangel
Pesquisadora

Lorena Miranda Laranja do Amaral

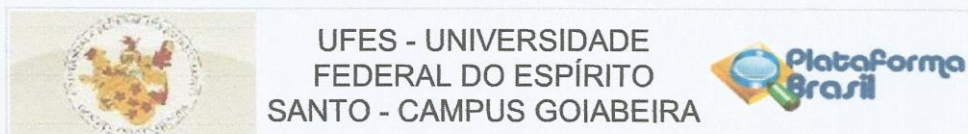
Lorena Miranda Laranja do Amaral
Juíza da 1ª Vara de Infância e Juventude de Vitória

Lorena Miranda Laranja do Amaral



Juíza de Direito

ANEXO VII - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Recém Nascidos(as) de Mulheres Usuárias de Crack:(des)caminhos e (des)proteção

Pesquisador: GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90168918.1.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.759.402

Apresentação do Projeto:

A perda da guarda legal dos(as) filhos(as) entre mulheres usuárias de drogas (especialmente o crack) tem mobilizado o debate nacional e internacional sobre as implicações dessa decisão. Nos Estados Unidos, já em 1989, os meios de comunicação debatiam a questão. Discutia-se, à época, se o uso de drogas durante a gravidez deveria ser tratado como um problema de saúde ou punido. No Brasil, a discussão também está colocada. Notícias veiculadas na mídia nacional dão conta de que, como resposta à questão, o Estado brasileiro vem determinando os acolhimentos institucionais de filhos(as) de puérperas usuárias de crack em vários estados, tais como Minas Gerais e Santa Catarina, além do Espírito Santo. De acordo com a perspectiva adotada neste trabalho, estas intervenções se dão sob influência de ideologias conservadoras, que historicamente orientam a intervenção do Estado brasileiro sobre as famílias pobres. Ultimamente, no entanto, no caso dos(as) filhos(as) das mulheres usuárias de drogas, o acolhimento institucional tem sido objeto de contestação, abrindo-se assim, disputas político-ideológicas em torno da questão. Nosso caminho de abordagem da realidade envolve teoria, procedimentos técnicos e criatividade (MINAYO, 2004). Como uma espécie de "grade ou janela através da qual o cientista olha para a realidade que investiga" (MINAYO; DESLANDES, 2002, p. 17), utilizaremos a teoria crítica marxista por entendermos que sua ênfase na totalidade, historicidade e dialética melhor subsidiam a compreensão de um objeto complexo como o nosso. De fato, a compreensão da determinação do acolhimento institucional de recém-nascidos(as) de mulheres usuárias de

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



UFES - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CAMPUS GOIABEIRA



Continuação do Parecer: 2.759.402

crack não se opera sem a mediação destas categorias marxistas. Essa pesquisa utilizará uma abordagem com ênfase quanti-qualitativa. A abordagem quanti-qualitativa deste estudo se justifica no fato de que seu objeto, apesar de conter elementos quantificáveis, não pode desconsiderar outros, que não podem ser quantificados. Nossos sujeitos de pesquisa serão 23 bebês de 19 mulheres usuárias de drogas, referenciadas em Vitória, às quais foi imputada medida de acolhimento institucional dos recém-nascidos desde a Maternidade do HUCAM. Como método de coleta de dados utilizaremos a pesquisa documental, tendo como fonte de dados quatro tipos de documentos: i) Os registros das assistentes sociais da Maternidade e UTIN, que incluem fichas de atendimento, relatórios recebidos e encaminhados, além de anotações sobre o processo de acompanhamento e pareceres técnicos. Estes documentos fornecerão dados sobre o perfil das mulheres usuárias de drogas que tiveram os bebês acolhidos e informações sobre sua rede de apoio. Através destas fichas identificamos dados sócio-demográficos (idade das mulheres, seu estado civil, local de residência, composição familiar, renda, benefícios assistenciais recebidos), além de dados sobre o pré-natal e sobre os Serviços e familiares acionados, quem os acionou e os retornos de cada um; ii) os prontuários das mulheres e dos recém-nascidos no HUCAM. Estes documentos fornecerão informações sobre possíveis atendimentos anteriores e posteriores ao acolhimento institucional do(a) recém-nascido(a), a raça/etnia das mulheres, além dos registros dos demais profissionais da equipe da saúde que as atenderam; iii) os prontuários eletrônicos das Unidades Básicas de Saúde onde as mães são referenciadas, com vistas a obter informações sobre acompanhamento anterior e posterior ao parto, intervenções realizadas pelo Serviço e acionamento de outros atores/Serviços - como Consultório na Rua, CAPS ad, CRAS/CREAS. Por este sistema também é possível saber se a mulher encontra-se em acompanhamento por receber Bolsa Família; iv) os processos judiciais que tramitam/tramitaram na Vara da Infância e Juventude de Vitória. Esses processos registram as passagens das crianças pelas Unidades de Acolhimento, as iniciativas dos profissionais no sentido de contatarem as famílias, os relatórios/pareceres profissionais, as Audiências e o desfecho dos casos, quando houver. Todos estes documentos serão submetidos, num primeiro momento, à leitura flutuante e posteriormente, à leitura sistemática, com vistas a extrair informações que serão registradas em quadros. Os dados levantados serão analisados a partir da análise de conteúdo. A técnica utilizada para a análise dos dados será a categorial, que segundo Bardin (2006), se aplica a todos os tipos de documentos e textos e funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, reagrupando-os analogicamente por categorias (BARDIN, 2006). Os resultados qualitativos serão considerados segundo as unidades de registro e de contexto e os dados quantitativos levarão em conta as

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



UFES - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CAMPUS GOIABEIRA



Continuação do Parecer: 2.759.402

medidas de tendência central, média e frequência.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem como objetivo analisar os desdobramentos dos acolhimentos institucionais impostos a recém-nascidos/as de mulheres usuárias de crack, referenciadas em Vitória, ocorridos na Maternidade do HUCAM, visando refletir os resultados gerados para os sujeitos (mulheres e crianças) envolvidos nesse processo. Objetivos Secundários: - Problematizar a complexa relação entre mulher, droga, maternidade, proteção à infância e Judicialização, visando compreender se os acolhimentos institucionais dos recém-nascidos não constituem de fato uma forma de punir as mulheres usuárias de crack por não serem as "boas mães" idealizadas;- Identificar o perfil das mulheres usuárias de crack cujos bebês receberam medida de acolhimento institucional na Maternidade do HUCAM/UFES, visando evidenciar se há relação entre a (in)existência de vínculo familiar e a determinação da medida ; - Descrever os elementos que embasam a determinação desta medida, buscando identificá-los nos argumentos dos profissionais que acompanham os casos; - Verificar se e quais os Serviços Públicos do Município de Vitória foram acionados como suporte para esses casos;- Verificar, através das Unidades Básicas de Saúde, se houve acompanhamento às mulheres após o acolhimento de seus(suas) filhos(as), visando saber se e como estes Serviços contribuíram para o desfecho dos casos;- Verificar se foram estabelecidas condições para que essas mães pudessem reaver a guarda de seus(suas) filhos(as) e se os Serviços Públicos do Município de Vitória foram acionados como suporte para esses casos e, em caso positivo, descrever quais foram;- Identificar o tempo de permanência destes bebês nas Unidades de Acolhimento e o que se sucede a eles: reintegração familiar, guarda com família extensa, guarda com terceiros, adoção ou óbito;- Identificar se houve, por parte das Unidades de Acolhimento, iniciativas de garantia de convivência familiar durante o processo de acolhimento institucional, em conformidade com o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (BRASIL, 2006);- Verificar se há nos registros do processo da Vara da Infância e da Juventude de Vitória tentativas de convocação da família visando assegurar seu direito de defesa e se constam informações sobre a conduta da mãe durante o período de acolhimento da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O principal risco da pesquisa é de exposição dos participantes. Para minimizá-lo, a pesquisadora compromete-se a tratar os dados coletados com padrões profissionais de sigilo. Os dados serão guardados em local seguro, sob a responsabilidade da pesquisadora e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os(as) participantes. Com este estudo esperamos dar

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



UFES - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CAMPUS GOIABEIRA



Continuação do Parecer: 2.759.402

visibilidade às questões de classe, raça/etnia e sexo que perpassam o acolhimento institucional dos(as) filhos(as) de mulheres usuárias de drogas, normalmente subsumidas como "crackeiras". Refletindo sobre as necessidades específicas dessas mulheres e seus bebês, esperamos que esta pesquisa contribua na elaboração de ações e programas que considerem e atendam essas necessidades. Além disso, esperamos contribuir para uma prática do Serviço Social mais crítica, reflexiva e comprometida com os princípios que norteiam o Projeto Ético -Político da profissão, entre os quais citamos: liberdade como valor ético central, defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, ampliação e consolidação da cidadania, posicionamento em favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de mestrado desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-graduação em Política Social da UFES.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto encontra-se de acordo com o estabelecido pela Resolução nº 466/2012. A pesquisadora solicita dispensa do TCLE com base na seguinte justificativa: "A solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se justifica em função da pesquisa apresentar caráter documental, retrospectivo, não intervencionista, que dispensa a coleta de informação direta com os sujeitos da pesquisa, muitos dos quais eventualmente sem seguimento nas Instituições pesquisadas. Esclareço que os dados levantados junto aos prontuários e fichas de atendimento serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Esclareço, ainda, que os responsáveis pelas instituições que tem a guarda dos documentos, permitiram a sua utilização, salvaguardando os interesses dos pesquisados quanto a sua imagem e sua privacidade, conforme declarações anexas". Assim, a pesquisadora anexou as cartas de anuência da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS), Hospital Univesitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e 1ª Vara Especializada da Infância e Juventude de Vitória, sendo a justificativa de dispensa aceita por este comitê.

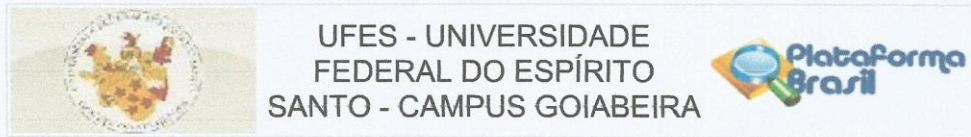
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras CEP: 29.075-910
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.759.402

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1056519.pdf | 15/05/2018 18:34:40 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Etsus.docx | 15/05/2018 18:33:21 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Hucam.docx | 15/05/2018 18:32:36 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Hospital.docx | 15/05/2018 18:31:35 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Vara.docx | 15/05/2018 18:10:11 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.docx | 15/05/2018 18:07:19 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |
| Folha de Rosto | Ufes.docx | 15/05/2018 18:03:26 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.docx | 23/04/2018 16:33:21 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 23/04/2018 16:32:28 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Justificativa_Dispenza_TCLE.docx | 23/04/2018 16:19:32 | GEDIANE LAURETT NEVES RANGEL | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 06 de Julho de 2018

Assinado por:

KALLINE PEREIRA AROEIRA
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

Bairro: Goiabeiras

CEP: 29.075-910

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3145-9820

E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com