

RELATÓRIO DE PESQUISA

Primeira Infância e Maternidade

nas ruas da
cidade de São Paulo



**Clínica de Direitos
Humanos Luiz Gama**

Faculdade de Direito
da Universidade
de São Paulo



RELATÓRIO DE PESQUISA

Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo

RELATÓRIO DE PESQUISA

Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo

Janaína Dantas Germano Gomes
Coordenadora

Renato Nunes Dias
Editor



**Clínica de Direitos
Humanos Luiz Gama**

Faculdade de Direito
da Universidade
de São Paulo

São Paulo, 2017

Lampião
conteúdo e conhecimento



Coordenação da pesquisa

Janaína Dantas Germano Gomes

Coordenadora pedagógica da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama. Mestre em Direitos Humanos pela Universidade de São Paulo, graduada em Direito pela PUC de Campinas e em Antropologia Social pela UNICAMP. Pesquisadora do Núcleo de Antropologia do Direito USP (NADIR).

Pesquisadoras da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama durante o ano de 2015-2016

Alcyr Barbin Neto

Graduado em Direito pela Universidade de São Paulo

Ana Clara Klink de Melo

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama, do GEF - Grupo de Empoderamento Feminino e do conselho da Revista Acadêmica Arcadas da FDUSP

Juliana Rocha Miranda

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Laura Cavalcanti Salatino

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante do Núcleo de Estudos de Gênero da FDUSP e da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Mariana Mello Henriques

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Mariana Reyna

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama e do Centro de Pesquisa e Extensão em Ciências Criminais da FDUSP

Marina Shlessarenko Fraife Barreto

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante do PET Sociologia Jurídica da FDUSP e da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Nara Sarmanho Cunha

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Grupo de Estudos em Direito e Sexualidade da FD - USP e participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Paloma de Lima Santos

Graduanda em Gestão de Políticas Públicas da Universidade de São Paulo. Participante do Projeto de Vivência Acadêmica e Difusão dos Direitos dos Povos Indígenas - USP e participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama - FDUSP

Colaboradoras e Revisoras em 2016

Beatriz Liane Fernandes

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Carolina Bianchini Bonini

Graduada em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de São Carlos e graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama e do Núcleo

de Atuação do Sistema Interamericano de Direitos Humanos

Jefferson Leão Pires

Graduando da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Maíra Coutinho Teixeira

Graduada em Direito pelas Faculdades Integradas Espírito Santense e graduação em Ciência Política pelo Centro de Ensino Superior Anísio Teixeira

Revisão Final do Texto

Equipe Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama durante o ano de 2017

Bruna Santin Kail

Graduanda de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Carlos Wesley de Jesus

Graduando da Universidade Anhembi Morumbi. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama e da Equipe de Pesquisa sobre Revisões Sistemáticas em Juventude, Sexualidades e Intervenções, da FSP USP

Danielle Bernini Peres

Graduanda de direito da FMU. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Eduardo Rocca

Graduando do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama e do Grupo de Negociação da USP

Giovanna Valentim

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama e do Grupo de Estudos em Direito e Sexualidade da FDUSP

Juliana de Oliveira Reis

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Karine Morales de Souza

Graduanda da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama

Leticia Carolina Múrias Fidalgo

Graduanda em direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Participante da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Orientação da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama e Frente Trabalho Trajetórias de Vida

Prof. Dr. Calixto Salomão Filho
Prof. Dr. Guilherme Assis de Almeida

Imagens

Capa

Mariana Nascimento

Reyna

Quadros e Fluxograma

Ana Clara Klink de Melo,

Alcyr Barbin Neto

Edição

Lampião Conteúdo

e Conhecimento

Renato Nunes Dias

Projeto gráfico e capa

Valéria Marchesoni

APOIO

Instituto Alana –
Prioridade Absoluta

GT CERES - Maternidades
Defensoria Pública do
Estado de São Paulo
DPE-SP

Núcleo de Defesa e Promoção
dos Direitos da Mulher NUDEM
DPE-SP

Núcleo da Infância e Juventude
NEIJ – DPE-SP

Faculdade de Direito
do Largo São Francisco
USP

Departamento Jurídico
XI de Agosto

Centro Acadêmico XI de Agosto
Faculdade de Direito
do Largo São Francisco
USP

SUMÁRIO

9	Resumo
10	Tabela de abreviaturas
<hr/>	
13	Introdução
<hr/>	
19	Considerações metodológicas
23	Objetivos gerais e específicos
24	Entrevistas e ingresso na rede de articulação
<hr/>	
27	O cenário institucional de proteção à maternidade e primeira infância nas ruas do município de São Paulo
32	A demanda e as políticas locais de atendimento
37	Mães nas ruas. Mães em centros de acolhimento
39	A experiência do Consultório na Rua (CNRua): a linha de frente do atendimento às gestantes, mães e bebês nas ruas de São Paulo
43	Algumas considerações
<hr/>	
45	A separação de mães e bebês em São Paulo
50	Em situação de rua. Usuárias. Mulheres. Mães
55	O momento do parto: um fluxo de atendimento incerto até o judiciário
60	Acionamento das varas da infância: destituições em foco
64	A adoção como fator de pressão nos processos de destituição
65	Um contraponto: a diretriz nacional para o atendimento
68	Algumas considerações
<hr/>	
71	Direitos das Mães ou Direitos das Crianças: uma falsa dicotomia
76	Acolher as famílias é proteger os direitos das crianças
79	Dos princípios da Proteção Integral, do Superior Interesse da Criança e da Prioridade Absoluta
81	Do direito à convivência prioritária na família natural
83	Direitos reprodutivos e Direito à maternagem
86	O direito à própria história
87	Algumas considerações
<hr/>	
88	Afinal, como assegurar o “melhor interesse” das crianças?
<hr/>	
100	Referências
<hr/>	
101	Anexos

RESUMO

Este relatório de pesquisa apresenta aspectos da realidade enfrentada por mães e gestantes, usuárias ou não de substâncias psicoativas, em situação de rua, na cidade de São Paulo. Os textos que o compõe este relatório têm como eixos analíticos os direitos das mulheres, os direitos das crianças e sua necessária construção conjunta. A pesquisa desenvolveu-se a partir do acompanhamento da rede de atendimento e de visitas a espaços de acolhimento voltados para mulheres e crianças, juntamente com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Os materiais coletados, como entrevistas semiestruturadas com agentes envolvidos tanto no fluxo de suporte e acolhimento à mãe e bebê quanto com aqueles que protagonizam a judicialização de diversos casos, possibilitaram a reflexão acerca do percurso destas mulheres em situação de rua no exercício da maternidade e na proteção, especialmente, dos direitos das mulheres e das crianças.

PALAVRAS-CHAVE

MATERNIDADE

INFÂNCIA

DROGAS

SITUAÇÃO DE RUA

TABELA DE ABREVIATURAS

CDHLG	Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama
CNRua	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
DPE	Defensoria Pública do Estado
MP	Ministério Público
SEAS	Serviço Especializado de Abordagem Social
SMPM	Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres
SMDHC	Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS	Secretária Municipal de Saúde

AGRADECIMENTOS

A realização desta pesquisa só foi possível pelo envolvimento e confiança de nossas interlocutoras e parceiras de pesquisa.

É por meio do trabalho conjunto entre pesquisadoras e interlocutoras que pudemos conhecer a realidade descrita neste trabalho, refletir, debater, trocar e produzir um material que, esperamos, possa auxiliar na transposição dos desafios encontrados por elas em seus cotidianos de trabalho. Ante a impossibilidade de destacar todas nossas parceiras e interlocutoras que se dispuseram a construir conosco essa pesquisa – e em razão do anonimato pedido por muitas delas – mencionamos especialmente as profissionais do GT Maternidades que nos inseriram no campo de pesquisa e confiaram em nós para a construção da rede de interlocutoras: Cristina Nagai, Patrícia Shimabukuro, Anna Carol Cabral, Yasmin Pestana, Juliana do Val, Peter Schweikert e Kátia Amiratti.

A realização desta pesquisa, ainda, foi possível pela parceria essencial com o programa Prioridade Absoluta do Instituto Alana.

O Instituto Alana, criado para dar visibilidade e contribuir para a eficácia do artigo 227 da Constituição Federal, tem como missão informar, sensibilizar e mobilizar as pessoas, especialmente profissionais do Direito, para que sejam defensoras e promotoras dos direitos das crianças nas suas comunidades, com prioridade absoluta.

A parceria para esta pesquisa ocorreu entre agosto de 2016 e março de 2017 e teve como objetivo fomentar atividades de pesquisa e extensão na área da primeira infância, de modo a gerar reflexões sobre as formas de se assegurarem os direitos de crianças, gestantes e mães em situação de rua.

Agradecemos, assim, a toda a equipe do Programa Prioridade Absoluta – Isabella Henriques, Thaís Dantas, Guilherme Perisse, Pedro Affonso Hartung, Renato Godoy, Renata Assunção, Beatriz Silva e Laura Gonzaga – por possibilitar a realização deste trabalho, na expectativa de que este relatório, bem como todas as suas decorrências – outras produções, eventos e debates – nos permitam alcançar formas de garantir a prioridade absoluta da proteção dos direitos das crianças e mães nas ruas da cidade de São Paulo e do País.

Introdução

1 Na redação deste texto, optamos pelo uso do feminino universal. Trata-se de uma escolha política para a visibilização das mulheres que, em sua maioria, compõem esta pesquisa, quer seja como pesquisadoras da Clínica Luiz Gama, profissionais das redes de saúde, assistência e do judiciário, e as pessoas mais afetadas pela temática aqui tratada. É preciso que se destaque, em nosso entender, as mulheres que têm por ofício o cuidado, e as mulheres cujas vidas são marcadas pela impossibilidade de cuidar de suas filhas. Ademais, por considerar que a linguagem é, também, uma forma de poder e em diálogo com nossa bibliografia, que incentiva e inspira essa transformação – como os trabalhos da antropóloga Débora Diniz e a pesquisa *Dar à Luz Na Sombra*, coordenada por Bruna Angotti e Ana Gabriela Mendes Braga – redigimos este texto utilizando, sempre que possível, o feminino universal.

2 Informações disponíveis em: <<https://luizgama.wordpress.com>>.

3 Sobre as atividades de ouvidoria ver também GOMES, 2017.

4 É importante salientar que existe grande diversidade de população LGBT e Trans nesse grupo, que nem sempre é visibilizada nos números apontados nos censos.

A Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama (CDHLG) é um projeto de extensão da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Por iniciativa dos estudantes de graduação e apoio financeiro do Centro Acadêmico XI de Agosto, o grupo formou-se em 2009, institucionalizou-se dentro da faculdade e passou a atuar com a temática da população em situação de rua no centro de São Paulo, sendo uma clínica de direitos humanos concebida a partir de um forte protagonismo estudantil, em formato pioneiro, segundo estudo de Fernanda Brandão Lapa sobre o tema (LAPA, 2014).

A seleção semestral de novas alunas¹ permite, desde então, a continuidade do projeto, por meio da realização de trabalhos acadêmicos, análise de políticas públicas e *advocacy* em âmbito municipal². O reconhecimento e apoio ao trabalho desenvolvido pela CDHLG tem significado o aumento da rede de parcerias, um maior número de trabalhos e *papers* apresentados em seminários e, em 2015, o recebimento do prêmio anual de Direitos Humanos³ da Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal na categoria de Atendimento à população em situação de rua, pelo projeto de Ouvidoria para a População em Situação de Rua. No mesmo ano, ainda, a CDHLG recebeu menção honrosa pela Faculdade de Direito da USP pelos trabalhos realizados em pesquisa e extensão.

O método de trabalho da Clínica prioriza o dinamismo e a horizontalidade na formação de suas integrantes e na escolha de seus temas de estudo, de modo que, a partir da temática central da população em situação de rua, o grupo é incentivado a pensar constantemente novas perspectivas sobre as quais pretendem se engajar ao longo do ano de atividades (GOMES, 2017). Assim, no ano de 2015, a partir dos encontros de formação teórica sobre a população em situação de rua, métodos de pesquisa qualitativa em antropologia, em direito e políticas públicas, o grupo passou a refletir acerca das mulheres em situação de rua. Onde estariam? Quem seriam essas mulheres? Quais seriam suas maiores dificuldades?

Os censos da população em situação de rua em São Paulo e no Brasil indicam que há o predomínio de indivíduos do sexo masculino em situação de rua⁴. Até então, a experiência em campo da CDHLG ao longo dos semestres estabelecia-se em espaços com maior demanda masculina e com difícil aproximação das poucas mulheres presentes nos locais. A constatação que se impunha,

5 Para conhecer mais sobre a concepção de Ouvidoria da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama, ver GOMES, 2017 e <<https://luizgama.wordpress.com>>.

6 Dados disponíveis no censo de 2015 realizado pela FIPE, e disponíveis em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf>.

no entanto, era a de que o maior número de homens contrasta sobremaneira com a grande quantidade de mulheres que, como assistentes sociais, enfermeiras, gestoras de serviços, educadoras, atuam na linha de frente da garantia de direitos, justamente, desse grupo populacional.

Assim, as integrantes da CDHLG passaram a buscar as mulheres em situação de rua em suas ouvidorias⁵ e por meio de bibliografias e encontros de formação temáticos, tentando acessar um grupo populacional que, segundo dados oficiais no município, consistiria em 14,6% da população em situação de rua, especificamente 2.326 mulheres⁶. Um número que, conforme veremos, é apontado pelas trabalhadoras da área como muito abaixo da real quantidade de mulheres nas ruas.

Ao escutar as mulheres em situação de rua e as trabalhadoras nos serviços públicos e no judiciário, constatou-se a centralidade da gestação, do parto e do cuidado das crianças na vida de muitas dessas mulheres. Constatamos que a ruptura dos vínculos com suas filhas - por meio da concessão da guarda a seus familiares ou da perda judicial do poder familiar - permeia as narrativas dessas mulheres sobre os desafios e sofrimentos da vida nas ruas, da perda de suas filhas e do difícil atendimento pelas redes de saúde, assistência social e judiciário.

O início deste trabalho de pesquisa foi marcado também pela ida da equipe da CDHLG a um seminário interdisciplinar de Direitos Humanos e ao Fórum Nacional de Pessoas em Situação de Rua ocorrido em 2016 em Belo Horizonte, com a Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e com o Polos de Cidadania da mesma universidade.

Nesses eventos, a apresentação de nossas indagações sobre a temática das mães em situação de rua e seus bebês permitiu encontrar em Minas Gerais parcerias extremamente importantes, denúncias e indicativos de que a necessidade de cuidados com essa população não se circunscreve à cidade ou ao estado de São Paulo.

Com o início da busca por essas mulheres, encontramos crianças que, ao nascer, já se encontravam em meio a diversos desafios para estarem seguras, alimentadas, protegidas e junto a suas mães. Assim, foi fundamental a parceria com o Instituto Alana, que possibilitou a permanência das integrantes e a realização desta pesquisa ao longo do ano de 2016 por meio de bolsas-auxílio.

A execução da pesquisa demandou a construção de redes e parcerias com diversas integrantes da rede de atendimento, acolhimento, saúde e proteção a direitos que já estavam implicadas na temática. Assim, foi também fundamental a parceria com o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM) e o Núcleo Especializado de Infância e Juventude (NEIJ), ambos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, para podermos acessar as pesquisas já realizadas, compreender a demanda da Defensoria nestes temas e atuar como pesquisadoras-articuladoras em um cenário que se mostra ainda fragmentado e carente de pesquisas e mobilização entre as agentes que atuam na área e que buscam, cada uma em seus âmbitos de trabalho, enfrentar e debater a questão. Construímos, também, muitas outras parcerias com Consultórios na Rua, profissionais da medicina, serviço social, psicologia e direito, buscando compreender e traduzir as angústias e desafio dos atendimentos, encaminhamentos e processos judiciais.

A presente pesquisa, assim, busca reunir a pluralidade de vozes que a compõem. A Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama não pretende em nenhum momento estabelecer uma visão dogmática ou prescritiva da realidade das mulheres em situação de rua e sua interação com as redes de atendimento, hospitais e judiciário. O horizonte de realização desta pesquisa é, antes de tudo, o diálogo, a escuta e a crença na potência das atividades de pesquisa e extensão universitária para a transformação e aprofundamento do diálogo em nossa sociedade, como temos buscado em nossas outras atividades (GOMES, 2017).

Tratamos de nos colocar em campo como pesquisadoras que buscavam compreender a realidade, os desafios e a ótica por meio da qual as pessoas implicadas nesses atendimentos, nessas práticas viam seu próprio trabalho. Tentamos afastar-nos de pré-julgamentos e construir, amparadas na metodologia da antropologia, um olhar capaz de buscar não o “certo e errado”, como é típico no âmbito do direito, mas sim, o certo e o errado para cada uma de nossas interlocutoras, compreendendo a riqueza e a particularidade de cada uma das narrativas que obtivemos.

Permitimo-nos afetar pelas histórias, pelas trajetórias das profissionais, pelos caminhos e descaminhos das mulheres, suas crianças e a atuação de operadoras do direito que tentam atuar dentro do que compreendem ser o “melhor interesse da criança” nos casos tratados.

É justamente na busca por pelo “melhor interesse da criança”, princípio que norteia a aplicação da legislação sobre o tema, que subjaz toda esta pesquisa. Para cada uma das agentes e mulheres implicadas nas complexas situações de vulnerabilidade social, uso de drogas, gestação e permanência com suas crianças, a definição do conteúdo exato deste princípio parece estar em jogo.

Apresentamos esta pesquisa, desde sua finalização em março de 2017, em três eventos denominados “Dialogando sobre o Direito de Ter e Ser Mãe”, realizados pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, nos quais os auditórios cheios, as perguntas do público e a disponibilidade das palestrantes marcaram a importância da empatia, da construção de novas formas de pensar e agir ante os desafios colocados pela temática.

Os avanços desde a redação desta pesquisa foram apresentados, em 2017, no Seminário Internacional de Infâncias Sul Americanas, no Encontro Regional de Pesquisa Empírica (ERPED) e no V Encontro Nacional de Antropologia do Direito (ENADIR). Buscou-se aprofundar justamente os jogos de sentido sobre o melhor interesse das crianças que permeiam esses casos, assim como as condições ideais para o exercício da maternidade e os desafios locais que encontramos nos centros de acolhida que visitamos.

A participação em eventos e a produção dos trabalhos posteriores só foi possível em razão deste relatório diagnóstico inicial “Primeira Infância e Maternidade nas Ruas de São Paulo”. A presente sistematização buscou desenhar, fotografar o cenário a que primeiro tivemos acesso em nossa pesquisa, os materiais teóricos, as pesquisas, os frutos de entrevistas e conversas informais sobre o tema.

Com a presente publicação temos por objetivo, antes de tudo, a visibilização da questão, por meio da ampliação da rede de trocas e reflexão sobre um assunto que começa a despontar nos debates acadêmicos e profissionais. É através do diálogo entre todas as pessoas interessadas, envolvidas, impactadas por este tema que poderemos avançar nos entendimentos e na concretização do melhor interesse das crianças e famílias envolvidas.

Considerações metodológicas

A partir do ano de 2015 a Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama passou a mobilizar-se em torno:

1. De relatos acerca de destituição do poder familiar de mulheres em situação de rua - usuárias de drogas ou não - em relação a suas filhas, em geral pequenas ou recém nascidas, e
2. Das políticas de atenção a ambas, buscando compreender este cenário a partir de uma perspectiva qualitativa que se interessa, especialmente, por desenhar o cenário institucional em que se dão estas trajetórias, conhecendo agentes e interlocutoras destes espaços e, especialmente, buscando fomentar o debate e a reflexão sobre o tema.

A narrativa da separação de mães e bebês, logo nas maternidades, por diversos motivos, como veremos neste trabalho, é elemento cotidiano na vida das mulheres em situação de vulnerabilidade social - aqui considerada como a situação de rua ou extrema pobreza cumulada ou não com o uso de drogas - e marca a trajetória institucional de diversas crianças. Estas, acolhidas, percorrerão caminhos incertos até o reencontro com suas famílias nucleares, extensas ou mesmo uma família adotante. Muitas crianças, contudo, permanecem nos centros de acolhimento até a idade adulta, o que tem preocupado os gestores e gestoras de políticas públicas.

A narrativa da separação de mães e bebês, logo nas maternidades, por diversos motivos, como veremos neste trabalho, é elemento cotidiano na vida das mulheres em situação de vulnerabilidade social - aqui considerada como a situação de rua ou extrema pobreza cumulada ou não com o uso de drogas - e marca a trajetória institucional de diversas crianças. Estas, acolhidas, percorrerão caminhos incertos até o reencontro com suas famílias nucleares, extensas ou mesmo uma família adotante. Muitas crianças, contudo, permanecem nos centros de acolhimento até a idade adulta, o que tem preocupado os gestores e gestoras de políticas públicas.

Ainda, profissionais do cuidado nos setores da Assistência Social, Saúde e dos órgãos de justiça (Defensoria Pública, Ministério Público e Judiciário) têm sido cotidianamente desafiadas por casos em que mulheres, usuárias de drogas ou não, em situação de alta vulnerabilidade, não encontram condições suficientes para o exercício da maternidade, quer seja pela falta de políticas públicas, pela falta de vagas, pela falta de amparo familiar, pelas condições de violência que vivenciam ou vivenciaram, pelas suas próprias condições de saúde física e mental, pelo uso de drogas, quando o caso. Quando é necessária a intervenção estatal? Como ela ocorre? Quais os critérios para compreender se uma mulher está apta ou não ao exercício da maternidade? Como é possível definir se uma mãe está sendo negligente? Quais os caminhos a percorrer para a busca da proteção dos direitos de mulheres e crianças em situação de rua?

Essas e outras indagações, vindas de nossas interlocutoras, orientaram a produção deste relatório que, diante de tantas e tão distintas indagações, optou por desenhar, compilar, o cenário encontrado sobre estes casos em específico, buscando produzir um material apto a subsidiar reflexões e a informar aquelas que se interessem por esta temática tão sensível.

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Para a orientação do desenvolvimento da pesquisa estabeleceram-se as seguintes questões a explorar:

- Quais as possibilidades e desafios para uma gestação e primeira infância em situação de rua?
- Quais as políticas e agentes que atuam para a manutenção de mães e crianças juntas?
- Como, quando e por que esses casos são levados às Varas da Infância?
- Quando judicializados, quais os motivos dos abrigamentos apenas das crianças e os índices de destituições do poder familiar nos casos relacionados à vivência nas ruas?

Diante da imprecisão do cenário e da dificuldade de acesso aos dados, a CDHLG propôs-se ao desenvolvimento de uma pesquisa de caráter exploratório, identificando os atores locais da questão e os direitos ameaçados em relação às mulheres e às crianças.

O desenvolvimento da pesquisa acabou por estabelecer o **momento da separação entre mães e bebês nas maternidades, ou logo após o nascimento** como elemento central para a compreensão deste desafio para as políticas públicas locais.

Essa centralidade foi estabelecida em face de uma recorrência do campo: a separação de mães e bebês é, quase sempre, no discurso de nossas interlocutoras e nas decisões judiciais, fundamentada na garantia dos direitos e melhor interesse das crianças. Qual seria, afinal, o melhor interesse da criança nesses contextos? A separação - com todas suas implicações sociais e psicológicas, seria a resposta ideal às suas necessidades?

Na busca por melhor compreender este cenário, ingressamos na rede de articulação institucional acerca do tema, que se formava no segundo semestre de 2016, e passamos a realizar entrevistas e análise de materiais acerca do tema, buscando consolidar um material basilar sobre o tema no município de São Paulo.

ENTREVISTAS E INGRESSO NA REDE DE ARTICULAÇÃO

Para realizar a presente pesquisa, a CDHLG organizou suas atividades em seis frentes:

- 1.** Levantamento bibliográfico e formação com acadêmicas, pesquisadoras e militantes da área;
- 2.** Formação temática nas políticas públicas já existentes;
- 3.** Articulação com as agentes no cenário da proteção de mulheres e bebês na cidade de São Paulo, formando parcerias;
- 4.** Ingresso nos grupos de trabalho já existentes e análise dos materiais já obtidos pelos parceiros;
- 5.** Conversas as agentes da Prefeitura Municipal de São Paulo da área da saúde, direitos humanos e assistência social, além de mulheres em centros de acolhida, por meio da parceria e acompanhamento das atividades do Núcleo de Proteção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM), em uso de suas atribuições legais de pesquisa, formação de parcerias e fiscalização;
- 6.** Conversas com agentes do poder judiciário - magistradas e seus setores técnicos, quando autorizado por elas.

Para facilitar a compreensão, sintetizam-se a seguir as parcerias, visitas e entrevistas realizadas. Nestas, os nomes de alguns entrevistados e entrevistadas encontram-se omitidos, conforme acordado no momento das entrevistas:

- 1. Diálogo com acadêmicas da área e membros da Defensoria Pública de São Paulo:**
Bruna Angotti – pesquisadora professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie;
José Carlos Bimbatte – psicólogo, educador e co-fundador da Associação de Pesquisadores sobre a Criança e o Adolescente/SP (NECA);

Ariane Goim Rios – psicóloga da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP) em Jundiaí, membro de comissão local para análise e encaminhamento de gestação e separação de bebês em Jundiaí (Comissão Flores de Lótus) e autora de mestrado sobre o tema na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP);

Peter Molinari Schweikert – Defensor Público e pesquisador sobre o tema das destituições pela Faculdade Escola de Sociologia e Política (FESP-SP);

Isabel Bernardes – psicóloga da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP) e autora de mestrado sobre violência de gênero;

Neide Vita – educadora, conselheira do Comitê Pop Rua da municipalidade de São Paulo;

Thaís Berberian – autora de dissertação de mestrado sobre a negligência e maternidade.

2. Conversas com agentes das políticas públicas em São Paulo:

Kátia Amiratti – gestora do Consultório na Rua em São Paulo (CNRua);

Luana Cruz Bottini e Júlia Lima – então coordenadoras das atividades sobre População em Situação de Rua da Secretaria Municipal de Direitos Humanos da Prefeitura Municipal de São Paulo (SMDHC).

3. Entrevistas formalizadas no Poder Judiciário:

duas juízas e um desembargador.

4. Visitas Realizadas em equipamentos:

Visita a dez equipamentos de acolhimento a mulheres em situação de rua em apoio às atividades do NUDEM.

5. Diálogos interestaduais estabelecidos:

Defensora Pública Júnia Roman Carvalho, Defensora Pública do Estado de Minas Gerais na área de Direitos Humanos, lotada em Belo Horizonte; Polos de Cidadania e Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CDHUFMG).

6. Parcerias estabelecidas:

Núcleo de Defesa da Mulher e Núcleo da Infância e Juventude da DPE-SP (NUDEM, NEIJ); Clínica de Direitos Humanos da UFMG.

7. Ingresso em dois grupos de trabalho institucionais:

O GT Maternidades da Defensoria do Estado de São Paulo e o GT Maternidades-Secretaria Municipal de Saúde, que reúne profissionais da saúde de São Paulo sobre o tema. Passamos, agora, à descrição do cenário atual das políticas de atenção ao tema encontrada em São Paulo.

Passamos, agora, à descrição do cenário atual das políticas de atenção ao tema encontrada em São Paulo.

**O cenário institucional
de proteção à
primeira infância
e maternidade
nas ruas do município
de São Paulo**

Há um paradoxo entre a visibilidade e invisibilidade feminina: enquanto mulher, essas vulnerabilidades muito provavelmente passaram invisíveis. Entretanto, a partir do momento em que ficaram grávidas essas mulheres se tornaram visíveis, principalmente aos julgamentos de uma sociedade que está mais propensa a condenar moralmente do que oferecer acolhimento e cuidado.
RIOS, 2017, p. 55

O acesso aos dados oficiais acerca de políticas públicas específicas para mulheres mães e gestantes em situação de rua ocorreu, nesta pesquisa, por meio de busca nos sites oficiais da Prefeitura de São Paulo, pesquisa bibliográfica, entrevistas e também por meio da Lei de Acesso a Informação (Lei 12.527/2011), inquirindo órgãos públicos como a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres (SMPM) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os pedidos foram realizados pelo sistema denominado “E-sic”, solicitando informações acerca das políticas públicas, equipamentos e serviços voltados para mulheres e gestantes em situação de rua ou em situação de alta vulnerabilidade social, em especial no tocante a drogas e situação de rua.

As respostas apresentaram um panorama das políticas públicas que devem abranger esse grupo específico, assim como os órgãos responsáveis pelos encaminhamentos. A temática é intersetorial: a SMPM é encarregada da política ampla para mulheres (baseada em princípios como a autonomia econômica, o enfrentamento à violência e a integração econômica, política, cultural e social), enquanto a SMDHC articula e gere as ações voltadas para a população em situação de rua - buscando diálogo com a sociedade civil e com os movimentos sociais.

Na intersecção desses dois grupos, mulheres e população em situação de rua, atuam a SMADS, responsável pela assistência das gestantes e mães em alta vulnerabilidade social, e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), incumbida do cuidado específico das usuárias de substâncias psicoativas e do atendimento à população em situação de rua por meio do Consultório na Rua (CNRua).

7 Importante frisar que a existência de uma política indicada não significa que todas as demandas destes temas sejam encaminhadas a estes mesmos serviços, uma vez que, por exemplo, pode-se tratar de uma nova gestação de uma mulher já acolhida com suas filhas em outro equipamento, ou de uma mulher em situação de rua com necessidade de proteção em razão de violência doméstica, dentre outros temas.

8 Mais informações sobre o Mãe Paulistana em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/comunicacao/arquivos/cartilhas/cartilha_mae_paulistana_5anos.pdf>. Última consulta em 01 de junho de 2017.

O serviço específico da SMADS seria o acolhimento provisório para mulheres, que visa auxiliá-las na saída das ruas e no acesso à rede de serviços socioassistenciais⁷.

A SMS, por sua vez, possui o programa Mãe Paulistana, implantado em 2006 e que assiste a gestante durante o ciclo de gravidez (puerpério até primeiro ano de vida da criança), em 436 Unidades Básicas de Saúde na cidade⁸. Há também o Rede Cegonha, instaurado pela Portaria N^o 1.459, de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, com objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez. Ambos programas são vinculados ao Serviço Único de Saúde (SUS) e atuam no ciclo de gestação completo, conjuntamente, na cidade de São Paulo.

Esses programas, no entanto, segundo as interlocutoras desta pesquisa, não alcançam a especificidade da mulher na rua, que está em intenso trânsito entre territórios, não consegue guardar documentos e tem difícil entrada nas Unidades de Saúde, que são referidas muitas vezes como espaços “hostis” a esse público. Dessa maneira, o investimento da Rede de Proteção ocorre de maneira a prover as equipes de **Consultório na Rua**, para que possibilitem o acesso dessas mulheres ao sistema de saúde municipal. Ainda, os centros de acolhida agendam e acompanham, se necessário, as mulheres e crianças nos serviços.

9 Como no presente relatório teremos por foco as destituições que acontecem nas maternidades, muitos desses serviços e equipamentos serão mencionados apenas na medida em que atuem diretamente nesses casos.

Em suma, podemos afirmar que a rede de proteção para essa população em específico, segundo entrevistas e as respostas obtidas pelo sistema de Acesso à Informação municipal, consiste hoje nos seguintes serviços:

Consultório na rua

Conselho Tutelar

Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS)

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Maternidades

Defensoria Pública do Estado

Para compreender os desafios da política vivenciados pela política é preciso que se compreenda seu público alvo e seu número, bem como o número de serviços que efetivamente atendem às mulheres em situação de rua com suas filhas no município de São Paulo⁹.

10 Mais informações disponíveis em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_social/pesquisas/index.php?p=18626>.

11 Importante frisar que aos homens não se pergunta se possuem filhos, e tampouco há informações de homens acolhidos com seus filhos, reforçando a noção de que é a mulher a protagonista do conceito de família e dos cuidados com as crianças nas ruas.

A DEMANDA E AS POLÍTICAS LOCAIS DE ATENDIMENTO

O Censo Municipal da População em Situação de Rua de 2015¹⁰, o último realizado, apontou 15.905 pessoas em situação de rua, sendo 7.335 nas ruas e 8.570 em situação de acolhimento. Destas, 2.326 foram identificadas como do sexo feminino. Em relação à idade, o censo contabilizou 403 crianças (0-11 anos) e 102 adolescentes (12-17 anos), a maior parte estava acolhida com a família em algum equipamento da rede socioassistencial para a população em situação de rua. Contabilizadas como moradores da rua foram 33 crianças e 54 adolescentes. O censo apontou que naquele ano 128 crianças estavam acolhidas em serviços de acolhimento exclusivos para crianças e adolescentes (SAICA) em razão da situação de rua. O censo apontou, ainda, em 2015, 209 mulheres acolhidas com seus filhos nos serviços (sendo 25% do total de mulheres acolhidas)¹¹.

Importante salientar a dificuldade de precisão numérica, uma vez que a metodologia do censo da população em situação de rua não conta as crianças e adolescentes na rede de acolhimento institucional cujas famílias podem estar em situação de rua, dando causa a seu acolhimento.

O censo trouxe, entretanto, um número interessante que não foi somado à contagem oficial de 505 crianças e adolescentes: entre dezembro de 2014 e março de 2015, os Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICAS) da cidade de São Paulo receberam 128 crianças e adolescentes cujo abrigo foi justificado pela situação de rua. Ao final de março de 2015, 60 permaneciam no abrigo, 15 foram transferidos para outros serviços, 45 tiveram saída não autorizada, apenas 2 foram reintegrados à família e 2 foram encaminhados para família substituída. O desafio de reintegração dessas crianças às suas famílias é manifesto.

12 Mais informações disponíveis em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_social/pesquisas/index.php?p=18626>

13 Sobre o tema, consultar: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2016/Avaliações%20e%20Diagnósticos/Reordenamento_das_Vagas_nos_Saicas_JUN2016.pdf>. Última consulta em 01 de junho de 2017.

Demonstrando a sensibilidade e desafio da temática para a realização do censo, em suas páginas 106 e 107 do Relatório Final apresentado à prefeitura, consta que:

Mulheres

O grupo feminino é bem menor. O censo encontrou na cidade 2326 mulheres sendo aproximadamente a metade delas na rua (1100) e metade em centros de acolhida (1216). Deve-se ressaltar que o grupo de mais de mil mulheres que estão nas ruas apresenta um alto grau de vulnerabilidade, uma vez que enfrentam cotidianamente situações de violência de várias ordens.

Mulheres com Filhos

Um grupo que apresenta problemas para ser quantificado é o das famílias que vivem nas ruas. Isto porque as composições de grupos familiares neste contexto apresentam muitas variações que se distanciam do modelo tradicional de família nuclear. Seria necessário um estudo específico sobre famílias na rua para aprofundar o conhecimento. No entanto o censo levantou a informação do número de mulheres que estavam com filhos na rua. No conjunto foram identificadas 269 mulheres que estavam com seus filhos sendo que 209 (77%) estavam abrigadas e 60 se encontravam com os filhos na rua. É possível que este número seja maior na rua uma vez que não se conseguiu a informação para todas as mulheres¹².

A cidade de São Paulo conta com uma rede de Serviço de Acolhimento Institucional exclusivo para Crianças e Adolescentes (denominados SAICAS) com capacidade superior numericamente ao número de vagas ofertados para acolhimento conjunto para mães com crianças.

A rede conta com 133 serviços de acolhimento com 2.660 vagas, divididos basicamente em três modalidades:

1. Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (122 serviços, 2.440 vagas);
2. Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes de 0 a 6 anos (5 serviços, com 100 vagas),
3. Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes para Apoio à Central de Vagas da SMADS (6 serviços, 120 vagas)¹³.

14 Para mais informações, consultar: <<http://www.capital.sp.gov.br/noticia/reuniao-na-sede-da-prefeitura-apresenta-avancos-do-projeto-redencao>>; <<http://brasil.elpais.com/brasil/2017/05/27/>>

Com relação às mães e famílias, o cenário é distinto.

Para as famílias com uso detectado de substâncias psicoativas, o programa De Braços Abertos é uma iniciativa intersetorial nas áreas de assistência social, direitos humanos saúde e trabalho. Instituída pela Portaria PREF nº 332/2013 de 01/11/2011, tem como público prioritário usuárias de drogas, sendo as gestantes nessa situação acompanhadas de maneira próxima pela SMS, sob a perspectiva de redução de danos e oferta de moradia e emprego. Importante salientar que essa iniciativa se consolidou como referência na gestão de 2013-2016 do município de São Paulo e, atualmente, encontra-se em vias de ser encerrada para a substituição por um novo projeto denominado “Redenção” baseado em internações compulsórias para tratamento¹⁴.

Para as famílias de modo geral, sem foco específico para o uso de drogas, existem quatro Centros de Acolhida no formato Família em Foco (Resolução COMAS-SP No 1083 de 05 de ABRIL de 2016), com 210 vagas espalhadas por unidades em São Paulo (Mooca, Santana, Penha e Casa Verde). As mulheres inscritas nesse projeto recebem moradia, alimentação, vaga em creche ou escola para as crianças, atendimento médico, capacitação profissional e encaminhamento para emprego. Esse serviço tem o objetivo de atender demandas específicas de um núcleo familiar e, por isso, mantém a organização e a unidade das famílias.

No mesmo sentido, os Centros de Acolhida Autonomia em Foco, com 300 vagas, oferecem abrigo para famílias ou pessoas sozinhas aptas a assumir responsabilidades com relação à organização do espaço individual e coletivo. Esses equipamentos, entretanto, destinam-se às pessoas que estão próximas da autonomia plena e já têm renda, tornando-se bastante excludente para a maior parte das mulheres acompanhadas de crianças que são o foco da presente pesquisa.

De modo geral, os dados coletados podem ser sistematizados da seguinte maneira:

COMO SE DÁ A DISTRIBUIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SÃO PAULO?

Serviços de Acolhimento para Mulheres em São Paulo (2016)

Serviços de Acolhimento Institucional para Mulheres em Situação de Rua	<p>9 Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Rua com 756 vagas;</p> <p>5 Centros de Acolhida Especial para Mulheres em Situação de Violência com 100 vagas;</p> <p>1 Centro de Acolhida Específico para Gestante, Mães e bebês.</p> <p>15 Centros de Defesa e Convivência da Mulher (CDCM) com 1.610 vagas</p>
Serviços de Acolhimento Especial para Famílias	<p>1 Centro de Acolhida para Mulheres Imigrantes com 300 vagas.</p> <p>1 Centro de Acolhida Especial para Famílias em Situação de Rua com 80 vagas;</p> <p>4 Projetos Especial Famílias em Foco com 210 vagas;</p> <p>64 Serviços de Assistência Social a Família e Proteção Social Básica (SASF) para 64.000 famílias (para domicílio – família extensa);</p> <p>5 Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – Modalidade Centro de Convivência Intergeracional – CCINTER com 2.760 vagas.</p>
Vagas para Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes na Cidade de São Paulo (2016)	<p>A cidade de São Paulo conta com a SAICA (Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes), contendo ao todo 133 serviços de acolhimento com 2.660 vagas, divididos basicamente em três modalidades, são:</p> <p>Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (122 serviços , 2.440 vagas); Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes de 0 a 6 anos (5 serviços, com 100 vagas);</p> <p>Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes para Apoio à Central de Vagas da SMADS (6 serviços, 122 vagas).</p>
Quantidade de Crianças Efetivamente Acolhidas pela SAICA	<p>Em 2016, foram acolhidas cerca 2. 372 Crianças e Adolescentes e o Apoio à Central de Vagas da SMADS acolheu 161 crianças e adolescentes.</p>

A dificuldade em compreender os números de acolhimentos e cruzar essas informações com as mulheres e famílias em situação de rua permeia todo o sistema. Só é possível identificar o motivo do acolhimento e outras informações analisando-se caso a caso, o que impede uma análise mais ampla de quantas mulheres e famílias em situação de rua possuem filhas em acolhimento ou já adotadas.

Importante salientar, ainda, que há famílias homoafetivas compostas por duas mulheres que encontram desafios no acolhimento conjunto em equipamentos como o equipamento “Família em Foco”, com suas crianças. Mulheres acompanhadas de seus companheiros (pais biológicos ou não de seus filhos) também encontram dificuldades para a obtenção das vagas de acolhimento conjunto. Assim, “manter a família unida” pode significar, muitas vezes, a recusa em equipamentos de acolhida que recebam apenas mulheres ou recusem-se a receber o casal de mulheres em seus quadros.

A mera observação dos dados já nos permite inferir um dos grandes déficits do atual modelo de atendimento: há 2.600 vagas para crianças desacompanhadas e 2.796 vagas para mulheres em situação de rua - independente se gestantes e/ou acompanhadas de suas filhas. Esses números levam às seguintes indagações:

- I. Quantas crianças foram acolhidas enquanto suas mães permaneceram nas ruas?
- II. Há uma priorização no abrigo de crianças em detrimento ao acolhimento conjunto, segundo estes dados?
- III. Existe priorização possível dos vínculos familiares neste contexto de déficit de vagas para famílias?

15 Disponível na íntegra em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%205%20-%20MAI%2015.pdf>. Última consulta em 01 de junho de 2011.

16 Reitera-se que são dados de 2015, portanto já desatualizados, e questionados por apresentarem números inferiores à realidade observada pelos agentes públicos e militantes da área. Tais críticas vêm sendo feitas nos espaços políticos que reivindicam censos mais aprofundados e constantes.

MÃES NAS RUAS. MÃES EM CENTROS DE ACOLHIMENTO

Quanto às mulheres que possuem filhos em sua companhia nas ruas, importante destacar o trecho do relatório do Censo de 2015 mencionado, Produto V, que em sua página 66 descreve que¹⁵:

A presença de mulheres pernitoando nas ruas é significativa e representa pouco mais de 15% do total de moradores de rua. Havia interesse em verificar quantas tinham filhos com elas dormindo na rua e essa pergunta foi feita somente às mulheres. No entanto, uma grande parcela não respondeu à pergunta. Dentre as que responderam apenas 11,8% afirmaram ter filhos com elas e 88,2% disseram não ter. Cabe destacar que isso não significa que essas mulheres não tenham filhos, significa apenas que não tem filhos em sua companhia na rua, dado que era este o objetivo da pergunta.

Os dados do censo de 2015¹⁶ afirmam, assim, que das 2.326 mulheres contabilizadas, 1.100 encontravam-se nas ruas, das quais 601 preferiram não responder se possuíam filhas e filhos consigo nas ruas. Das que responderam, não foi possível quantificar quantas delas possuem crianças em acolhimento institucional ou que foram encaminhadas para a adoção. A ausência de resposta de mais da metade das mulheres em situação de rua parece dialogar diretamente com os apontamentos de nossas interlocutoras de pesquisa. As mulheres têm medo de perder a guarda de suas filhas, têm vergonha por estarem nas ruas com suas crianças e não querem falar sobre as crianças cujo poder familiar já perderam.

Dentro do recorte feminino, são poucos os equipamentos voltados para as gestantes, o que se contrapõe à demanda apontada pela própria SMADS: em setembro de 2016, cerca de 54 crianças menores de um ano estavam nas ruas no município de São Paulo e 43 mães com crianças nessa faixa etária, abrigadas.

Importante salientar que os serviços possuem vagas que são compartilhadas entre mães e suas filhas, assim, por exemplo, um serviço com 50 leitos que esteja atendendo mulheres com ao menos um filho cada, está com 25 mulheres e 25 crianças. De modo geral, a oferta está aquém do necessário, visto que, apenas

17 Dados sigilosos e estimados pelas interlocutoras desta pesquisa, baseado nos dados da SMS e SMADS.

em setembro de 2016, havia aproximadamente 56 mulheres gestantes na rua que “disputam” as vagas com outras pessoas em situação de rua¹⁷.

Observamos, com base em visitas e coleta de depoimentos das mulheres acolhidas e funcionárias, que quando essas vagas existem, muitas vezes os espaços de acolhimento feminino encontram desafios no atendimento das especificidades desse público. É frequente a reclamação por parte de mulheres idosas da incompatibilidade de seu convívio com crianças, por exemplo. Ademais, nos equipamentos que não são exclusivamente voltados ao público infantil, as crianças não podem estar presentes sem as suas mães, o que dificulta a busca pela autonomia da mulher que não possui alternativa de cuidado com seus filhos enquanto não houver vagas em creche para elas, impossibilitando-as de acesso à educação e trabalho. A “especificidade” do serviço, segundo uma das interlocutoras, é a mera existência de apenas mulheres nos espaços, sem haver cuidados específicos para as diversas vulnerabilidades e interseccionalidades.

Além disso, repisamos o fato de que a rede assistencial, no geral, abriga separadamente mulheres e homens, desconsiderando a necessidade de se priorizar a manutenção de vínculos familiares nestes casos, assim como os laços sociais existentes entre a mãe ou gestante e seu companheiro. Também diagnosticou-se que os casais lesboafetivos dentro dos centros de acolhida encontram dificuldades de permanência nos espaços de acolhimento, por motivos diversos, os quais caberia uma investigação futura mais detalhada. Finalmente, outro caso sensível e de difícil quantificação é o de mães adolescente em situação de rua, cujo acompanhamento em SAICAS encontra desafios, uma vez que trata-se de uma mãe, e tampouco os centros de acolhida para mulheres estão aptos para receberem mulheres como menos de 18 anos. A separação das filhas de mães adolescentes incorreria, ainda, na violação a direitos de duas crianças. Sobre estes casos em específico valeria, também, uma pesquisa mais aprofundada.

18 Importante destacar que, segundo nossas interlocutoras, as equipes podem ser deslocadas ou atribuídas a um novo território de maneira arbitrariamente decidida. Dessa forma, a operação de 2016 que buscou desintegrar a região denominada “cracolândia” fez com que muitas equipes fossem deslocadas ao local, prejudicando os atendimentos em suas regiões de origem.

19 Importante salientar que o serviço não possui um instrumental informatizado próprio para sistematização de dados. As informações apresentadas neste trabalho foram coletadas diretamente com agentes do CNRua em palestras e informativos.

A EXPERIÊNCIA DO CONSULTÓRIO NA RUA (CNRua): A LINHA DE FRENTE DO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES, MÃES E BEBÊS NAS RUAS DE SÃO PAULO

Dentre as políticas mencionadas como integrantes da Rede de Proteção, o **Consultório na Rua** exerce a função de intermediador entre as mulheres que se encontram em situação de rua e muitos dos serviços de saúde e assistência social, motivo que justifica sua apresentação mais aprofundada.

Suas agentes priorizam as questões de gestação, de atenção pré-natal e de nascimento nas ruas, ao buscar vagas em centros de acolhida e tentar evitar a separação entre mães e bebês sem o acesso aos equipamentos de proteção.

O Consultório na Rua é uma iniciativa surgida em São Paulo no ano de 2004, a partir de demandas organizadas da sociedade civil e de movimentos sociais por um cuidado específico da saúde da população em situação de rua. Oficializado por meio de Portaria Ministerial Federal em 2012 (Portaria N^o 122, de 25 de janeiro de 2012), segundo nossas interlocutoras, o serviço municipal de São Paulo é considerado modelo por diversos estados do País.

Formado por equipes multidisciplinares da área da saúde e da assistência social, por meio da parceria com organizações sociais para a prestação do serviço, a atuação é voltada para a população em situação de rua e suas necessidades específicas. São prestados serviços de atenção básica e integral na área da saúde de forma itinerante, vinculada às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As agentes operam *in loco* e com busca ativa da população que necessita do atendimento, sendo cada equipe responsável por um território específico, com composição e processo de trabalho próprio, a depender da parceria e da região. Atualmente existem 18 equipes ativas, 11 delas na região central, 4 na região sudeste, 1 na região norte e 2 na região oeste da cidade¹⁸.

Além do objetivo primário de cuidado longitudinal da população em situação de rua e inserção desta nos equipamentos de saúde, o Consultório na Rua desempenha papel fundamental de sensibilização de outros profissionais, buscando a inserção dessa população nos serviços de saúde tradicionais e nos centros de acolhida¹⁹.

20 Mesmo com os cartões de pré-natal, ao dar entrada nos hospitais muitas vezes são chamadas como “desconhecidas” ou em “situação de rua”. A falta de documentos presume a desconfiança acerca do nome informado, o que é considerado uma violação da subjetividade dessas mulheres apontada por vários agentes e pessoas em situação de rua. Outro exemplo é o caso de uma mãe que deu à luz mas por estar sem seu documento de identidade – RG – o hospital recusou-se a permitir a alta com a bebê.

A realização do pré-natal é uma das temáticas fundamentais, podendo ser feita pelo Consultório na Rua ou com apoio de hospitais e maternidades, em casos de risco, a partir de articulação feita pelos próprios agentes. As gestantes têm, por exemplo, um cartão de pré-natal, como as outras gestantes do município²⁰.

A captação da gestante, para sua aproximação e vinculação, é um ponto crítico, em que as equipes enfrentam resistência por parte de muitas mulheres. O pré-natal é muitas vezes encarado como uma exposição de sua condição de vida, uma visibilidade perante o poder público que pode posteriormente significar a violação de seus direitos. A perda do bebê na maternidade é uma questão muito temida pelas mulheres gestantes nas ruas e isso as afasta de exercícios de direitos, tais como o pré-natal.

O Consultório na Rua tem uma relação muito próxima com as equipes de Serviços Especializado de Abordagem Social (SEAS), trabalhando em conjunto com o equipamento de saúde do território no estabelecimento do fluxo de atuação.

O momento do parto mostra-se crucial na busca pela garantia dos direitos dessas mulheres e crianças. Após receberem a informação da realização do parto, as equipes buscam as mulheres nas maternidades ou são contatadas pelas equipes dos hospitais. Neste momento, as agentes procuram sensibilizar as profissionais dentro dos hospitais, tentando evitar a judicialização e destituição precoce das crianças. A maior preocupação é justamente uma atuação que incorra no encaminhamento precoce das crianças para a Vara da Infância, sem que haja o trabalho da rede de atendimento para oferecer alternativas para as mulheres que se encontrem em situação de rua.

As representantes do CNRUa apontaram desconhecimento de critérios legais e objetivos para o encaminhamento dos casos, que acaba dependendo fortemente da linha de atuação de cada maternidade. Via de regra, ainda, a situação de rua ou de uso de drogas pela mulher significa encaminhamento direto para a Vara da Infância e Juventude. Cabe ressaltar, nesse ponto, que muitas vezes profissionais da área da Saúde encaram a questão da população em situação de rua como problema de competência da Assistência Social.

Nesse sentido, o Consultório na Rua representa, na visão de suas integrantes, um ponto de tensionamento dos serviços de saúde: os processos de atendimento desconSIDERAM as necessidades e especificidades da população em situação de rua (por exemplo, horários de atendimento), e as agentes de saúde demonstram desconforto ao lidar com esse grupo populacional (a questão da higiene, de eventuais estados de embriaguez, distúrbios psicológicos), implicando em um desafio extra para a atuação do CNRua.

Quando ocorre a judicialização dos casos de mulheres e suas filhas, a equipe tenta sensibilizar atores jurídicos para articulação para a defesa e proteção dos laços familiares, especialmente quando entende que a mulher, mesmo em situação de rua ou uso de substâncias psicoativas, têm condições de exercer a maternidade responsável, se amparada devidamente.

Em conversas informais, a inacessibilidade ao judiciário e ao instrumental jurídico foi apontada como um obstáculo à atuação do **CNRua**. Quais são os direitos dos funcionários no exercício da proteção dos direitos dessas mulheres? Quais os direitos das mulheres que necessitam de, mas não possuem, vagas ou serviços no município para seu atendimento? Quais os direitos da mulher ante o acolhimento institucional de suas crianças? Quais as possíveis entradas que têm nos equipamentos de justiça? Quais os órgãos competentes por cada função? Referidos obstáculos são bastante significativos para o desenvolvimento do trabalho das equipes para a atenção e cuidado com essas mulheres.

Paralelamente, as agentes realizam um acompanhamento próximo às mães que desejam manter a guarda das filhas, buscando estimular a realização de ações que demonstrem que elas estão aptas para cuidar do bebê ante o olhar do juiz, seja pela inserção e tratamento de drogadição em Centros de Atenção Psicossocial, como também pela tentativa dela ou do casal de sair da rua, através da busca por emprego e moradia. No entanto, a demora e saturação dos equipamentos de tratamento para a drogadição e a falta de vagas em centro de acolhida, por exemplo, ainda que haja interesse da mãe, podem prejudicar o andamento de seu processo judicial e significar, até mesmo, sua separação temporária ou definitiva.

Ademais, os agentes buscam acompanhar de perto os bebês institucionalizados, pressionando os abrigos para que não se viole o direito de visita pelas mães, o que é constante segundo narrativas locais. Segundo interlocutoras, funcionárias dos abrigos, do judiciário e do CNRua possuem dúvidas sobre os direitos à visita e aleitamento das mães, pais e familiares, o que pode significar a ruptura de vínculos em um momento crucial do desenvolvimento infantil.

Nos casos em que a separação do bebê e da mãe não ocorreu e ambos se encontram em situação de rua, surge a dificuldade de se acompanhar, respectivamente, o desenvolvimento na Primeira Infância e o período puerperal. A prestação de serviço e as exigências sobre as mães são tratados com delicadeza, uma vez que muitas mães acabam por desaparecer do território ao qual estavam vinculadas se pressionadas de forma demasiada.

Neste contexto, surge também a problemática de acionar ou não o Conselho Tutelar, o limite ético entre respeitar o direito à convivência familiar e o risco para a vida da criança. As equipes procuram atuar em conjunto com a mãe/família, estimulando o “movimento” de saída da rua e o processo de desenvolvimento da criança, mas em situações insustentáveis afirmam a responsabilidade de acionar o conselho tutelar e até mesmo o processo de institucionalização.

A atuação da equipe nem sempre é unânime, existindo divergências a respeito do que deve ser feito, como e em que momento. Ainda que o funcionamento das equipes seja variado, existem reuniões internas para a discussão de casos, se fazem necessários grupos de trabalho intersetoriais (regulares e emergenciais) para se pensar a partir de uma perspectiva externa e crítica, papel desempenhado por atores não envolvidos direta e emocionalmente com o caso. Entendemos, ainda, que a existência de grupos de trabalho sobre o tema em São Paulo possibilitaria a visibilização mais ampliada do tema, compreendendo sua amplitude, déficits e potências.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A partir dos dados apresentados, é perceptível a insuficiência quantitativa e qualitativa de políticas públicas para a necessidade de mulheres e crianças em situação de rua, sendo necessárias políticas transversais que entendam as particularidades de cada caso, articulando as necessidades das crianças e mães. Ainda, é possível observar que as agentes que têm acesso direto às violações de direito de mulheres e bebês são aquelas que atuam diretamente nas ruas, o CNRua, realizando busca ativa, atendimentos e encaminhamentos nas próprias ruas do município.

Conforme veremos a seguir, a falta de vagas e políticas de atendimento específicas coloca-se às agentes da SMS, SMADS e do próprio poder judiciário, como justificativas para a separação de mães e bebês. Assim, diante da impossibilidade de acolhimento das famílias pelo poder público, somado às vulnerabilidades sociais e eventualmente drogadição dessas mulheres, as decisões das varas de infância e juventude, quando da separação de mães e bebês imediatamente nas maternidades, têm sido apontada pelas interlocutoras desta pesquisa no sentido da destituição do poder familiar dessas crianças.

A separação de mães e bebês em São Paulo

O primeiro capítulo deste relatório buscou apresentar o panorama das políticas que atendem às mulheres em situação de rua, gestantes e com crianças, usuárias de drogas ou não. Diante desse amplo espectro de mulheres que estão em situação de rua, este relatório debruça-se sobre o atendimento àquelas que, usuárias de drogas ou não, têm sido separadas de suas bebês logo no momento do nascimento.

Os motivos para a separação e posteriormente para essas decisões jurídicas são diversos, de modo que podemos nomear alguns dos muitos elementos que permeiam essa realidade social, sendo objetivo futuro desta equipe de pesquisa a busca dos processos judiciais para melhor aprofundamento dos dados obtidos a partir das narrativas de nossas interlocutoras.

Em primeiro lugar estamos diante de mulheres que, muitas vezes, são usuárias de drogas e, por isso, são automaticamente consideradas como inaptas para o exercício da maternidade.

Além disso, o risco que a situação de miséria extrema colocada nas ruas de São Paulo oferece para bebês recém-nascidas justifica que as maternidades acionem as Varas da Infância e Juventude, buscando o acolhimento destas em serviços completos de atendimento, e assegurando em primeiro lugar, a segurança física e alimentar das crianças.

Após a separação, muitas mulheres voltam às ruas em piores condições, em estado puerperal e traumatizadas com a perda das crianças. Estratégias como a fuga para outras regiões da cidade e parto nas ruas são demonstrativos do medo de perda vivenciado por essas mulheres e mães.

Muitas vezes, o acionamento direto da vara pode significar o descarte de um possível trabalho acionando a rede de proteção - composta pelo CNRua, centros de acolhimento e a própria Defensoria Pública do Estado de São Paulo - para a construção de condições para o exercício da maternidade.

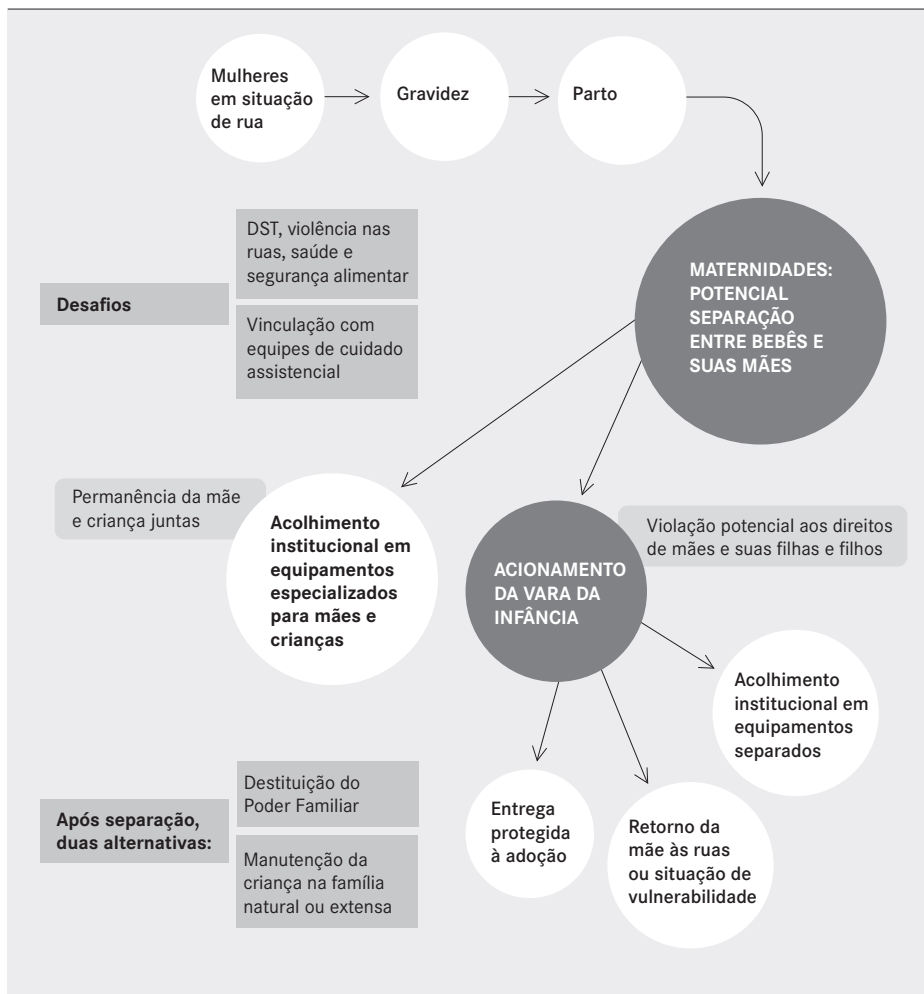
Não há, nas maternidades, tempo para a busca da família extensa ou trabalho de fortalecimento da mulher, ou até mesmo para a busca de vagas nos serviços, o que também serve de justificativa para o acionamento das varas da infância e, conseqüentemente, a provável institucionalização dessas crianças em SAICAS.

A decisão de judicialização, contudo, parece ser a única alternativa para as agentes da saúde da maternidade, que afirmaram não possuir recursos físicos ou de tempo para acionar as redes de atendimento, fazerem um estudo de caso mais aprofundado, obter vagas em serviços socioassistenciais, dentre outras medidas que poderiam assegurar a permanência de mães e bebês conjuntamente.

Ainda, estamos diante de uma construção social de que a mulher em situação de rua é usuária de drogas (o que nem sempre se confirma) e, ainda, que a mulher usuária de drogas, especialmente a mulher pobre cujo uso de drogas é associado ao crack, não é capaz de ser mãe.

Sobre o tema, podemos resumir os desafios na atenção desse grupo de mulheres da seguinte maneira:

DESAFIOS NA ATENÇÃO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS BEBÊS: PROTEÇÃO À CRIANÇA OU A VIOLAÇÃO A DIREITOS FUNDAMENTAIS?



Assim, nos próximos itens deste relatório, buscaremos esclarecer as questões que permeiam a temática deste fluxo e que impulsiona, hoje, o afastamento precoce de mães e bebês no município de São Paulo.

21 É importante que se destaque aqui a definição legal de situação de rua, presente no Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009: Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

22 Notícia disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/06/interna_gerais,596964/mp-revela-caso-de-mae-viciada-em-crack-que-jateve-20-filhos-e-nao-cui.shtml>. Último acesso em 08 de dezembro de 2016.

23 Notícia disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2016/04/usuario-de-crack-da-luz-e-deixa-filha-em-maternidade-de-ribeirao-preto-sp.html>>. Último acesso em 08 de dezembro de 2016.

24 Ver <http://brasil.elpais.com/brasil/2014/01/17/politica/1389918433_566913.html>.

EM SITUAÇÃO DE RUA. USUÁRIAS. MULHERES. MÃES

É preciso humanizar essas mães. Nos processos elas quase não aparecem. São nomes, quase números. Não pensamos nelas durante as destituições. Estamos focados na criança. Esses dias uma mãe apareceu e perguntou se poderia deixar uma carta no processo para sua filha. Eu não sabia o que dizer.

J., psicóloga com atuação no judiciário, em entrevista concedida à CDHLG.

Existem mulheres que sonham com bebês sem rostos. Mulheres que, na maternidade não foram apresentadas a seus filhos, que não tiveram a chance de conhecê-los para “a criança não sofrer”, “para não criar vínculos com as mães”. O que estamos fazendo com essas mulheres?

C., psicóloga da Defensoria Pública em conversa coletiva sobre o tema em 2016.

O tema das mulheres que dão à luz em situação de rua²¹ tem sido veiculado especialmente pela mídia, que, em regra, refere-se às mulheres como usuárias de drogas, corpos abjetos, apenas norteadas pela necessidade de consumo e tráfico de drogas, destituídas de muitos traços característicos de humanidade e incapazes de criar qualquer vínculo com outras pessoas (RUI, 2014).

Manchetes como “MP revela caso de mãe viciada em crack que já teve 20 filhos e não cuidou de nenhum”²² e “Usuária de crack dá à luz e deixa filha em maternidade de Ribeirão Preto, SP”²³ fazem parte de um contexto de responsabilização da mãe, que reforçam a visão de que essas mulheres não devem permanecer com suas bebês.

Nesse sentido, notícia redigida por Talita Bedineli em 2014, toca pontos centrais do tema²⁴:

Apesar de serem as mais frágeis (as mulheres), elas são as que têm menos opções de tratamento. A Prefeitura de São Paulo oferece apenas 40 vagas, além de outras 30 para grávidas. E muitas comunidades terapêuticas, pagas pelo poder público, preferem não recebê-las especialmente se estiverem grávidas, já que não têm estrutura médica para lidar com a situação.

Há ainda outro fator que prejudica a busca por ajuda: o medo de perder a guarda dos filhos e a vergonha de se assumir dependente de uma droga considerada tão marginal.

Na continuação da notícia de Bedineli, há a denúncia do tema deste relatório: a separação precoce.

Ao perceberem que a mulher em trabalho de parto é dependente, muitos hospitais consideram que os bebês correm risco e acionam a Vara da Infância e da Juventude. Na grande maioria das vezes, a Justiça manda as crianças para abrigos temporariamente até que a mãe comprove ao juiz que buscou tratamento. Caso não consiga, pode perder para sempre a guarda do filho, que é disponibilizado para a adoção.

A bibliografia em relação às mulheres nas ruas chama atenção para o fato de que as mulheres são minoria numérica nas ruas e, mais que os homens, chegam às ruas por rompimento de vínculos familiares, pobreza, dependência química e violência doméstica e intrafamiliar.

A rua ao mesmo tempo em que pode significar a conquista da liberdade de seu corpo em saída a um ambiente violento, é também espaço para a continuidade e manutenção de violências, somada à pobreza e à exclusão social. A rua nada mais é que a continuidade, se não agravamento da sensação de não pertencimento a si mesma e menos ainda de pertencimento social (VARANDA, ADORNO, 2004). Nos termos da pesquisa de Frangella:

Mulheres sozinhas são, na maioria das vezes, compartilhadas por vários parceiros do agrupamento. Elas estão sempre expostas a estupros, apanham dos parceiros, que agem sozinhos ou em grupos.
(Frangella, 2004, p. 197).

A relação com as drogas, lícitas ou ilícitas, nas ruas é complexa: pode ser o motivo da chegada às ruas, o motivo de não saírem e/ou um método de amenizar os sofrimentos da permanência. A maioria das mulheres usuárias de crack possuem altas taxas de desnutrição, habitação instável, desemprego, pobreza e já sofreram violência doméstica ou sexual (SIMPSON; MCNULTY, 2008; BUNGAY et al., 2010).

Sobre o perfil dessas mulheres, ainda, vale ressaltar que:

Há violências progressas na vida dessas mulheres que podem ter culminado na vivência da rua e no próprio abuso de drogas, além das violências estruturais a que estão submetidas, tais como: ausência de políticas públicas adequadas e eficazes; garantia do direito à habitação e moradia; segurança e proteção; saúde em seu sentido mais amplo. Portanto, são mulheres que já sofreram, sofrem e sofrerão múltiplas violências. Portanto, são mulheres que já sofreram, sofrem e sofrerão múltiplas violências.

(RIOS, 2017, pág. 129).

Compreender, ainda que brevemente, o universo das mulheres em situação de rua permite identificar os fatores que as levam a esta condição, e como estas particularidades fragilizam, vulnerabilizam, excluem e as desumanizam enquanto mulheres e mães.

Por pertencerem, geralmente, a comunidades com baixo nível econômico, mulheres usuárias de cocaína ou crack são mais vulneráveis e apresentam um déficit de cuidados pré-natais. A falta de acesso aos serviços de saúde, o racismo, o preconceito e a discriminação são os principais motivos para que estas mulheres não procurem cuidados médicos e cheguem ao hospital apenas no momento do parto, o que prejudica a identificação e o tratamento das mães usuárias e das crianças nascidas nessa situação (BUNGAY, 2010; ADDIS, 2001; KUCZKOWSKI, 2003).

Paola de Oliveira Camargo, em sua dissertação “A visão da mulher usuária de cocaína/crack sobre a experiência da maternidade: vivência entre mãe e filho” (2014), deixa clara a importância de se pensar em políticas públicas e políticas de saúde intersetoriais que visem atender a usuária de forma integral e que contemplem um olhar diferenciado para cada uma, diminuindo de alguma forma a desigualdade social.

Embora alguns autores afirmem que crianças filhas de usuárias de crack podem ser mais vulneráveis à negligência, pois o uso da substância pode interferir na capacidade da mãe mulher de atender as necessidades dos filhos, em decorrência do uso de drogas, bloqueando as competências necessárias esperadas de uma mãe (CUNHA, 2007; NARVAEZ, 2010), outros acreditam que a maternidade pode ser positiva na vida da mãe, podendo gerar alguns efeitos como a interrupção ou até mesmo em mudanças

de padrão de uso, de um consumo abusivo para um consumo mais controlado, em decorrência da nova situação de gestação em que a usuária se encontra (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Os estudos, assim, não permitem conclusões sem a análise da realidade de cada mulher, cada gestação e cada criança (ver também BANDSTRA et al., 2004; MORROW et al., 2000; MARQUES et al., 2012). É importante, ainda, pautar as dimensões subjetivas de uma gravidez permeada por um contexto social vulnerável e pelo uso abusivo de drogas (ABRUZZI, 2011).

Vale salientar que o período gestacional e pós-parto muitas vezes tem a potencialidade de se tornar um período de sensibilidade, com possíveis reparações do modo de vida (WRIGHT; WALKER, 2007). O contato entre mãe e filha desde o primeiro momento estimula uma mudança positiva na vida dessas mães, por isso a importância da interação, promovendo segurança à criança e aumento do afeto materno à mãe (HOLZTRATTNER, 2010).

Dentre os questionamentos trazidos por funcionárias da rede de proteção em São Paulo, vale destacar a ausência de tratamento para a drogadição que leve em conta as peculiaridades das mulheres - mães e gestantes - e sua relação com as drogas quando em situação de rua.

A impossibilidade de generalizações, no contexto paulista, é reforçada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP SP) que emitiu, a partir de questionamento da Defensoria Pública de São Paulo, a Nota Técnica sobre o exercício da maternidade por mães que fazem uso de crack e outras drogas, em agosto de 2016, anexa.

A nota trata da importância fundamental do vínculo familiar, em especial no início da vida das crianças, previsto pelo ECA e pelo Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, devendo haver proteção do vínculo entre crianças e mães e entendendo que a violação atinge os direitos de ambas. Afirma, ainda, que o Acolhimento Institucional deve ser a alternativa final, quando esgotadas todas as outras possibilidades de assistência. No mais, o CRP declara que pressupor a incapacidade de exercer a maternidade somente sob a justificativa de uso de drogas é, portanto, antiético do ponto de vista do CRP SP além de ser uma forma de penalização a mulheres já em situação de vulnerabilidade social, que têm seus direitos violados.

As potenciais violações aos direitos dessas mulheres gestantes e mães com suas crianças podem ser resumidas da seguinte maneira:

POTENCIAIS VIOLAÇÕES DIAGNOSTICADAS

Pré-natal	Parto	Maternidades e hospitalares	Puerpério e Primeira infância
Dificuldades de acesso à rede de saúde	Potenciais violências obstétricas	Uso nocivo de drogas é presumido	Retorno da mãe à rua sem acompanhamento e sem informações
Gravidez de risco	Alta rotatividade dos leitos em hospitalares	Incentivo à notificação à Vara de Infância e Juventude	Pressão pela celeridade dos processos - nenhuma produção de provas, ausência de citação válida, entre outros.
Gestação sem acompanhamento		Diagnóstico acelerado de “risco psicossocial”	Rompimento precoce de vínculos
Ameaça de perda de suas bebês como fator de estresse e afastamento			Destituição do poder familiar

O **pré-natal**, feito muitas vezes pelas equipes do CNRua, é um momento de mobilização da futura mãe para a necessidade de abandono ou controle do vício, da busca de uma rede de apoio com sua família, com o companheiro, se houver, e até mesmo nas estruturas de atendimento da saúde e assistência social do município.

Segundo as agentes do CNRua, e narrativas das próprias mulheres, o momento do parto mostra-se crucial: é nas maternidades que, muitas vezes, bebês e mães são separadas.

Como trataremos a seguir, é na maternidade que se diagnostica a existência de “risco psicossocial”, em geral atrelado ao uso de drogas, à situação de rua e à ausência de rede de apoio familiar. Após a separação, sem informações e sem acesso ao judiciário, muitas mulheres vivem o estado puerperal longe de suas bebês, sem poderem amamentar e desconhecendo os locais onde foram acolhidas as crianças, quais seus direitos e possibilidades de reverter a situação. Como veremos, as maternidades não acionam os outros serviços ou se articulam com a rede de proteção, encaminhando quase que a totalidade dos casos de mães usuárias de drogas ou em situação de rua às Varas da Infância.

O MOMENTO DO PARTO: UM FLUXO DE ATENDIMENTO INCERTO ATÉ O JUDICIÁRIO

Sinceramente, uma vez que o processo chega na vara da infância, nós já damos a destituição por certa. Não há diálogo possível com as magistradas, já estão convencidas da destituição e estigmatizam a atuação da Defensoria Pública do Estado.

V., Defensora Pública em reunião coletiva do GT Maternidades em 2016.

Ao ingressar nos hospitais, a condição de rua ou de vulnerabilidade social já se anuncia. Mulheres sozinhas, ou com seu companheiro, com condições precárias de vestimenta e higiene, muitas vezes transportadas pelo carro da polícia ou do serviço de assistência médica do metrô ou outra entidade pública, chegam ao serviço de maternidade sem o cartão do pré-natal ou sem estarem referenciadas naquele hospital. Muitas vezes não possuem documentos pessoais. Nos hospitais, mesmo que as mulheres declarem seus nomes completos, é praxe que se coloque um ponto de interrogação ao lado do nome, para frisar que documentos não foram apresentados e pode tratar-se de um nome falso.

Após o parto, mesmo se apenas há a suspeita do uso de drogas ou situação de rua, o setor do serviço social da maternidade é acionado. Começa um trabalho de “investigação” bastante polêmico entre os serviços. Se, de um lado, a maternidade se coloca a pergunta “essa mãe teria condições de cuidado com essa criança, mesmo sendo usuária de drogas ou estando em situação de rua?”, de outro, os serviços como o Consultório na Rua e a Defensoria Pública do Estado afirmam que essa pergunta não pode ser respondida - e nem deveria ser feita - de maneira simples e com poucas entrevistas a uma mulher em estado puerperal.

O medo de serem responsabilizadas por alguma intercorrência relacionada ao bebê e a ausência de um fluxo definido na cidade de São Paulo faz com que, muitas vezes, suspeitando ou diagnosticando a situação de rua e/ou uso abusivo de drogas, as maternidades encaminhem essas questões para as Varas da Infância e Juventude do município. Começam a ser produzidos documentos para justificar a posição adotada pela maternidade e que podem definir a manutenção ou destituição da bebê no processo judicial decorrente desta intervenção.

O fluxo de atendimento e encaminhamento não está definido em nenhuma portaria local das secretarias de saúde ou assistência social. Trata-se de um conjunto de fatores, que podemos levantar a partir da conversa com interlocutoras e da leitura de materiais sobre o tema.

Entre 2013 e 2015 o Núcleo da Infância e Juventude da Defensoria Pública do Estado de São Paulo realizou uma pesquisa, por meio de questionários e visitas, a algumas maternidades públicas de São Paulo para escuta e propostas de parcerias quanto ao tema, e o material decorrente dessa iniciativa consta como material analisado no presente relatório.

Em primeiro lugar, os leitos dos hospitais precisam ser liberados em até 48 horas, para o atendimento de novas demandas. Assim, o caso de pessoas em situação de rua, ou que, convalescentes, “não têm para onde ir”, é sempre tratado pelo setor de serviço social de cada hospital. Entrevistas são realizadas buscando inferir, no caso específico das mulheres púerperas, se há uma rede de apoio que possa se responsabilizar pelos cuidados da recém-nascida.

Durante essas 48 horas, o que acontece varia entre as maternidades, com seus fluxos internos e a disponibilidade das equipes de cada uma de dedicar-se aos casos, estando sempre sob a pressão da necessidade de desocupação do leito e de uma possível responsabilização caso algo aconteça com a bebê liberada em alta com sua mãe.

A alta médica da mulher e da bebê nem sempre é compatível com a “alta social” da bebê, que permanece no berçário até que a equipe do hospital decida se é possível que a mãe saia da maternidade com a criança.

É importante frisar que não há um protocolo fixo sobre a avaliação dessa capacidade, havendo, em regra, menção a interesse ou capacidade para a amamentação, formação de vínculos com a criança e o não uso de drogas, para além da existência de uma rede de apoio familiar. Ou seja como avaliar o risco psicossocial, qual mulher pode ou não sair da maternidade com seu bebê é, hoje, exclusivamente uma decisão institucional de cada maternidade e cada equipe de atendimento. A dificuldade de delimitação acerca do que é negligência e como dever ocorrer a intervenção nestes casos coloca-se inclusive como um desafio ético para as profissionais do serviço social, como estudado por Thaís Berberian em sua tese de mestrado sobre o tema (BERBERIAN, 2013).

Observamos que cada equipe está sujeita a pressões distintas, e a necessidade de “desocupar o leito” e a dificuldade de diálogo com as redes de atendimento locais foram barreiras apontadas para o tratamento mais detalhista de cada um destes casos, cujos desfechos acabam por mobilizar toda a equipe de atendimento médico e psicossocial, ante sua especificidade e complexidade.

Das 29 maternidades indagadas por meio de ofício pela DPESP sobre estes casos em específico, 18 responderam aos questionários. Destas, 67% afirmaram que não possuem articulação intersetorial (com as secretarias de assistência social e saúde, por exemplo, não realizando encaminhamentos) e 22% afirmaram que encaminham casos definidos como de risco à criança diretamente para o judiciário.

Para a avaliação de risco psicossocial, realizada por 13 das 18 maternidades respondentes, apenas 2 maternidades contam com assistentes sociais e psicólogas e as restantes têm apenas profissionais do serviço social. Dessas 13 maternidades, 8 delas afirmam que o seu critério ampara-se na existência de suporte familiar. Diante da ausência de suporte familiar – o que é comum para as mulheres em situação de rua – o encaminhamento é feito para a Vara da Infância e Juventude (VIJ) local.

Exames clínicos de verificação de existência de drogadição são inexistentes nestes casos, e a avaliação em regra ocorre nas 48 horas em que a mulher pode permanecer no hospital. Os laudos psicossociais gerados a partir das entrevistas são encaminhados para as Varas da Infância, que ante o risco alegado, promovem o acolhimento provisório das crianças.

Sobre os laudos e o fluxo nas maternidades, aduz Gonçalves:

As alegações desses técnicos [das maternidades] são amplamente aceitas pelo sistema de justiça que, em nenhum dos casos relatados, determinou exame clínico específico para o preciso diagnóstico, por exemplo, de se o uso de drogas ocorreu de fato ou não, sendo ele considerado problemático ou não. A lógica que parece operar nos casos aqui pesquisados é a do acolhimento da criança em instituição como primeira medida a ser tomada para, somente então, abrir-se o processo a procedimentos que verificam as alegações. Mesmo em fases processuais posteriores, não encontramos nenhum

caso com relatos de uso de drogas dos pais em que se tenha pedido exame clínico específico a esse fim.
(GONÇALVES, 2015, p. 71)

A ausência de espaços de atendimento e acolhimento direto dos hospitais para essas mulheres agrava expressivamente sua situação de vulnerabilidade na perspectiva do presente trabalho.

Dentre as maternidades respondentes, 95% afirmaram que **não** oferecem à mulher nenhum documento que justifique ou explique a decisão da intervenção. Apenas 2 das 13 maternidades oferecem às mães acesso ao processo administrativo interno, número do processo judicial ou ao endereço do espaço a que sua bebê é levada.

Sobre essas separações, compilamos algumas narrativas coletadas em entrevistas com gestoras, mulheres e agentes do serviço público:

NARRATIVAS DE SEPARAÇÃO NAS MATERNIDADES OUVIDAS PELA CDH LUIZ GAMA

“Aqui esses casos são diretamente encaminhados à vara da infância”

“A parte mais difícil é escolher quem vai dar a notícia para a mãe”

“Quando me falaram que eu ia sair sem meu filho eu fiz um escândalo. Gritei que não sairia sem ele. E foi assim que consegui a vaga no centro de acolhida”

“O bebê não foi apresentado à mãe para evitar vínculos”

“A mãe nem quis ver o bebê, fugiu do hospital, ninguém sabia o que fazer”

“A equipe do hospital não conseguiu encontrar vaga conjunta para a mãe, bebê e seu companheiro. Não podemos fazer mais nada”

“A maternidade ignorou todo o acompanhamento das outras equipes, a gestante estava sem uso de drogas, se preparando para a maternagem. A separação foi um golpe em todas nós. Ela voltou para as ruas”

25 Essa situação contou com diversas intervenções políticas que acabaram por pressionar pela revogação desta portaria ao longo do ano de 2017. Para mais informações sobre o tema e acesso aos documentos: <<https://dequemeestebebe.wordpress.com/entenda-o-caso/documentos/>>. Último acesso em 12 de junho de 2017.

Quanto às pressões vivenciadas pelas agentes das maternidades, é importante que se frise que, em São Paulo, uma das Varas da Infância e Juventude implementou uma decisão interna, adstrita a uma maternidade, que determina a notificação em todo e qualquer caso de suspeita de uso abusivo de drogas e/ou situação de rua por parte das parturientes, sob pena de responsabilização pessoal das funcionárias. Tal caso mereceria, futuramente, reflexões sobre o impacto dessa decisão nos processos e atendimentos das mulheres.

Tal implementação de fluxo já ocorre em Belo Horizonte, cidade onde a VIJ local determinou a notificação imediata dos casos para sua judicialização, sob forte oposição de movimentos sociais e conselhos regionais de serviço social e psicologia²⁵.

A separação tem sido, assim, muitas vezes naturalizada em muitas maternidades e outras instituições de intervenção do município, polarizando-se os direitos das mães, de um lado, e o das crianças, de outro, como se a permanência das bebês com essas mulheres fosse capaz de violar os direitos das recém-nascidas. Outros grupos profissionais da rede de proteção a mães e bebês têm sustentado que essa separação é precoce e não permite a chance de criação de vínculos, exercício digno da maternagem e mudança de vida dessas mulheres.

Na perspectiva do presente relatório, é preciso que se analise juridicamente a separação precoce como potencial violadora, também, do direito das crianças. A ausência de cuidados nos primeiros dias de vida, a impossibilidade de amamentação, a falta de cuidados na transição entre a vida intra e extra-uterina pode causar danos ainda desconhecidos na vida adulta, mesmo no caso de adoção rápida e bem-sucedida.

26 O TJSP, em parceria com a Coordenadoria da Infância e da Juventude, lançou, inclusive, uma cartilha sobre isso, a fim de instruir os profissionais a lidarem com essas mulheres. Disponível em: www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/873.pdf.

27 Art. 1.638. Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que: I - castigar imoderadamente o filho; II - deixar o filho em abandono; III - praticar atos contrários à moral e aos bons costumes; IV - incidir, reiteradamente, nas faltas previstas no artigo antecedente.

28 Art. 22. Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais. Art. 24. A perda e a suspensão do poder familiar serão decretadas judicialmente, em procedimento contraditório, nos casos previstos na legislação civil, bem como na hipótese de descumprimento injustificado dos deveres e obrigações a que alude o art. 22.

ACIONAMENTO DAS VARAS DA INFÂNCIA: DESTITUIÇÕES EM FOCO

As políticas para as famílias são insuficientes, a cracolândia é uma realidade. Mas do jeito que a separação é feita hoje é realmente um momento muito violento. É uma situação de desamparo total. É trágico. Magistrada entrevistada pela CDHLG em 2016.

Ainda que as maternidades façam referência ao “encaminhamento às Varas da Infância”, o Ministério Público (MP) é o órgão responsável pelo pedido de acolhimento das crianças recém-nascidas e suspensão ou destituição do poder familiar, para posterior adoção. Quando os encaminhamentos chegam às Varas, elas mesmas remetem os documentos ao MP para a análise e realização do pedido. No caso específico de mães que desejem entregar suas filhas e filhos para a adoção, o encaminhamento também deve ser ao Ministério Público²⁶.

As ações de destituição do poder familiar são legalmente amparadas no artigo 1.638²⁷ do Código Civil e nos artigos 22 e 24 do Estatuto da Criança e do Adolescente²⁸.

Como já descrito por Peter Schweikert, Defensor Público na área da infância e interlocutor desta pesquisa, a despeito de diversas normativas legais que buscam proteger a convivência familiar de mães e bebês em situação de vulnerabilidade social - como a diretriz nacional - a prática tem levado à intervenção e separação de muitas dessas famílias.

Segundo o autor:

Juridicamente, as inúmeras decisões judiciais que determinaram o acolhimento institucional de crianças e adolescentes filhos/as de pais que apresentavam algum padrão de uso, presente ou pretérito, de substâncias psicoativas apresentavam dois fundamentos principais: (i) o direito de serem criados e educados “em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes” (redação original do art. 19 do ECA);

(ii) a compreensão generalizada de que o uso de drogas pelos genitores, por si só configuram negligência nos cuidados com sua prole, além de atentar contra a moral e os bons costumes (arts. 24 do ECA e 1.638, inciso III, do Código Civil).

(SCHWEIKERT, 2016, p. 16).

O autor afirma em seu trabalho que, a despeito do Marco Legal da primeira Infância (lei n. 13.257/16) que alterou a redação do artigo 19 e prescreve como “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”, o uso de drogas pelos genitores, e especialmente pela genitora, ainda é utilizado como argumento para a destituição.

Para garantir a celeridade do processo e encaminhar as crianças mais novas para a adoção, são acolhidos o que o defensor chama de “argumentos autossuficientes”, isto é, que se bastam para definir o caso e dispensa e, inclusive, a garantia constitucional do contraditório.

Para o defensor, as decisões dos processos de destituição, assim como o acionamento das Varas de Infância pelas maternidades, são fortemente influenciadas por visões cristalizadas sobre uso de drogas e/ou situação de rua. Ambos os casos simbolizariam para o juiz ou juíza uma situação necessariamente prejudicial ao desenvolvimento da criança independente de outras variáveis, e seriam suficientes para justificar a destituição do poder familiar.

Assim, qualquer atitude que vise manter mãe e bebê juntas é entendida, por muitas das agentes institucionais, como uma interrupção desnecessária de um processo inquestionavelmente benéfico - a adoção. Em entrevista, Schweikert afirmou já ter sido interpelado por falas que questionavam sua atuação e que afirmavam que a defesa “dificulta os processos de adoção” ou “insiste na permanência de crianças com famílias que vão violar seus direitos”. Narrativas semelhantes foram trazidas por outras Defensoras Públicas atuantes nas Varas da Infância.

29 [A mãe] deve, antes, passar por todos os setores de serviços públicos (CREAS, UBS, Conselho Tutelar), e ter o judiciário como última medida. Quando a mulher não passou pelos setores, o plantão faz um encaminhamento e realiza uma audiência concentrada para que sejam discutidas as possibilidades para aquela mulher. [Excerto de Relatório de uma das conversas com magistrados, por Ana Clara Klink de Melo]. As audiências concentradas, estabelecidas pelo provimento número 32 de 2013 do CNJ, para discussão dos casos, encontram desafios. Estabelecidas pela corregedoria nacional de justiça para a análise contínua dos abrigamentos no país, são feitas em alguns casos de acolhimento.

30 Há diversas narrativas de mulheres que, nas ruas, continuam desejando engravidar após perdas sucessivas. A questão da gravidez de repetição, como são chamados esses casos, estão presentes nas narrativas das agentes como casos exemplares do trauma da perda. Sobre o tema, citamos o livro *Mães Abandonadas* (PISANO, 2015).

Da mesma maneira, em entrevistas realizadas no decorrer deste relatório com algumas magistradas e magistrados do município, as drogas são colocadas em destaque na problemática da maternidade e primeira infância nos contextos da rua. As mães que se envolvem com drogas não teriam, na perspectiva de muitas entrevistadas, autonomia suficiente para cuidar de seus bebês, que ficariam relegados à própria sorte: “elas (as mães) podem até ter vontade de ficar com as crianças, mas não teriam condições mínimas necessárias e não há políticas públicas suficientes e eficazes para lidar com essa situação”. A violência da separação e a angústia causadas a muitas dessas magistradas em razão dessa intervenção definitiva na vida dessas mulheres e crianças também é mencionada.

A responsabilização individual das mulheres – pelo uso de drogas – é, muitas vezes, colocada lado a lado com a insuficiência das políticas e ausência de atuação em rede – já apontada pelo CNRua e pelas maternidades. As entrevistadas convergiram para a problemática da falta de políticas públicas específicas para as mulheres grávidas e puérperas com suas bebês recém-nascidas, além das deficiências de articulação entre o judiciário e a rede de serviços e apoio a essas pessoas, que não podem ser supridas por uma única audiência concentrada²⁹.

Uma das entrevistadas, ao mencionar a separação, elogiou a iniciativa de determinado Tribunal em projeto de terapia para mães que são destituídas do poder familiar. Segundo ela, com essa iniciativa, elas têm a chance de viver o luto da perda do filho com mais suporte e informação, pois “do jeito como é hoje, é muito violento”, considera³⁰.

A localização das mães para realização das audiências configura-se como um entrave para o acesso a seus direitos. Uma vez que muitas delas efetivamente voltam às ruas após o parto – sem dinheiro para o transporte público ou instruções sobre qual fórum será competente para o curso de seu processo, em qual centro de acolhimento está sua bebê ou a possibilidade de buscar auxílio perante a Defensoria Pública do Estado de São Paulo – não conseguem comparecer às audiências, o que acaba por atestar seu “desinteresse pela criança” segundo a narrativa processual.

Do mesmo modo, a falta de informações sobre a família extensa - dados que se afirmam raramente fornecidos durante a estadia na maternidade - é um obstáculo extremamente expressivo para que as mães sejam localizadas e compareçam às audiências. Assim, sem nem mesmo conseguir acionar a família da criança, o judiciário acaba sendo acionado para separá-la da família de origem.

Adaptações ao andamento dos processos são feitas, em nome do “melhor interesse da criança”, que, nesses casos, acaba por significar o andamento célere do processo para que a criança seja adotada o quanto antes. Muitas magistradas optam, assim, pela citação por edital e início do período de convivência para adoção para aumentar as chances de adoção. Como justificativa, alegam-se também as diferentes temporalidades entre a mãe e a criança referindo-se a esses primeiros seis meses como essenciais para a colocação na nova família. A dificuldade de acessar mulheres em situação de rua é um entrave para o judiciário acessá-las e, também, para que elas acessem seus direitos de defesa.

O que essas narrativas acabam por apontar, como também demonstrado por autores que têm analisado essas práticas no estado de São Paulo (GONÇALVES, 2015; RIOS, 2017; SCHWEIKERT, 2016), é a priorização da adoção em detrimento da convivência familiar e o pressuposto de que os genitores, especialmente as mulheres, não teriam condições para o exercício da maternidade.

O “melhor interesse da criança” conforma-se, assim, como um termo em franca disputa nos espaços de produção do direito e de atendimento a mulheres e crianças. Se para algumas agentes o “melhor interesse” constitui-se na separação e na rápida tramitação das ações de destituição, para outras, o “melhor interesse” seria, justamente, a permanência com as famílias de origem.

31 Disponível em <<http://pensando.mj.gov.br/adocao/>>. Acesso em 04 de dezembro de 2016.

32 Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/83786-consulta-publica-sobre-novas-regras-de-adocao-termina-nesta-sexta-feira-4>>. Acesso em 04 de dezembro de 2016.

33 Destaque para o vocabulário mercadológico. O IBDFAM trata do “suprimento de carência” das crianças disponíveis para a adoção. Disponível em <<http://www.ibdfam.org.br/noticias/6145/Ante-projeto-do-Minist%C3%A9rio-da-Justi%C3%A7a,+que-prop%C3%B5e+altera%C3%A7%C3%B5es+na-Lei-da-Ado%C3%A7%C3%A3o+e+no-ECA,+recebe+cr%C3%A9ditos+de+especialistas>>. Acesso em 04 de dezembro de 2016.

A ADOÇÃO COMO FATOR DE PRESSÃO NOS PROCESSOS DE DESTITUIÇÃO

É preciso que se saliente que a possibilidade de adoção destas bebês figura como eixo de interpretação para as legislações protetivas trazidas, determinando o ritmo dos processos e a forma com que são vistos os direitos das mães e crianças.

Hoje, no Brasil, existem 38.071 adotantes no registro de adoção, e 7.242 crianças e adolescentes para serem adotadas. A maior demanda, no entanto, é por crianças de até 3 anos (53,65%, dos pretendentes adotantes). Para ilustrar como a idade da criança afeta diretamente as possibilidades de adoção, observa-se que pretendentes a crianças com até 1, 2, 3, 4 ou 5 anos perfazem 81,72% do total, enquanto 98,02% dos pretendentes se dividem nas categorias que aceitam crianças com 10 anos ou menos (RIOS, 2017, p. 68).

A anteproposta de alteração do Estatuto da Criança e do Adolescente, encampado pelo Ministério da Justiça e da Cidadania³¹, pretende, segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ)³², dar celeridade no processo de destituição e “fechar a conta” entre crianças a serem adotadas e famílias que querem adotar³³.

Como conclui RIOS:

O que verificamos por vezes é que os campos se entrecruzam (destituição do poder familiar x adoção) no sentido de “agilizar” os processos, para poder atender a demanda dos pretendentes à adoção e supostamente ao melhor interesse da criança.
(RIOS, 2017, pág. 69)

A criança, por sua vez, passando pela Primeira Infância - crucial para seu desenvolvimento e criação de vínculos familiares - tem um tempo pautado pela importância de um ambiente que assegure as melhores condições ao seu desenvolvimento como um todo. Embora esse argumento possa ser apropriado em favor do acolhimento institucional, ele precisa ser enxergado sob a perspectiva da prejudicialidade da separação imediata da mãe, impedindo a criação de vínculos, a amamentação, e o convívio familiar e comunitário da criança (RIOS, 2017, p.190).

UM CONTRAPONTO: A DIRETRIZ NACIONAL PARA O ATENDIMENTO

É claro que o ideal seria mães e filhas ficarem juntas. Mas veja, não há rede, não há equipamentos e não há tempo para ficar impulsionando e articulando os outros parceiros. Há muita demanda, não dá para ficar investindo naquela mãe. No fundo acho que o sistema nos leva mesmo à destituição do poder familiar.

K., psicóloga com atuação em varas da infância, em entrevista concedida à CDHLG.

O atendimento às mães em situação de rua, usuárias ou não de drogas, demanda um atendimento multissetorial. A separação como meio de proteção aos direitos das crianças encontra-se consolidada em alguns setores, não apenas no município de São Paulo.

O Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em maio de 2016, editou a nota técnica 001 de 2016, estabelecendo uma padronização, um fluxo de atendimento ideal para essas mulheres, buscando diminuir as arbitrariedades locais, além de tecer importantes considerações sobre a questão.

Em breve síntese, a nota frisa a necessidade da integração entre SUS e assistência social para garantir direitos humanos para usuárias de álcool e outras drogas, não devendo a questão permanecer como responsabilidade apenas da saúde mental ou da assistência social, devido a seu caráter complexo e multifatorial. Deve-se, portanto, facilitar a reintegração familiar, avaliar as condições que a mulher e a família extensa possuem de cuidado à criança e, se necessário, mãe e bebê devem ser encaminhados a um centro de acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para famílias, o qual deve contar com o apoio do CAPS.

O documento enfatiza que a rede de apoio a mulheres e adolescentes em situação de rua, dependentes químicas ou não, deve prestar atendimento integral e humanizado em situações de violação de direitos sexuais e reprodutivos e considerar a autonomia e capacidade da mulher, gestante ou mãe, para realizar escolhas e buscar modos de vida mais saudáveis em proteção às suas filhas.

A nota ressalta que a falta de recursos não deve ser motivo para a destituição familiar, que esta é uma medida extremamente excepcional e somente deve ser aplicada quando esgotadas as possibilidades de convívio com a família. Ademais, essa destituição deve ser precedida de uma rigorosa análise multidisciplinar, analisando-se caso a caso, com uma atenção na família de origem até depois do afastamento para possíveis restituições. A nota faz-se clara ao mencionar que medidas como a retirada de crianças de suas mães são imediatistas e violam direitos da mulher, da criança e da família.

O documento destaca que é necessária uma busca ativa e abordagem inicial, que devem ser planejadas conjuntamente entre áreas da saúde e assistência social, sendo fundamental a integração entre os dois sistemas.

A abordagem inicial deve ser feita pelo serviço especializado em abordagem social da política de assistência social e pela atenção básica de saúde, centrando-se na identificação das demandas de cada mulher e eliminando barreiras de acesso para mulheres e adolescentes em situação de rua, como a exigência de documentos e endereço. Tal entendimento é legitimado pela Lei Federal n. 8.080/90 e Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (Pequim, 1995).

No tocante às recém-nascidas, deve-se seguir protocolo específico do Ministério da Saúde, garantir a alta responsável, respeitar o direito de escolha da mulher de ficar ou não com o bebê - garantindo apoio à tomada de decisão e respeitando o amadurecimento da mesma.

O item 14 da nota afirma, ainda, que deve haver investimento na família para que, mesmo no caso de separação, os motivos que levaram a ela sejam superados, e que, se possível, ocorra a reintegração no ambiente familiar.

Caso verifique-se impossibilidade da mãe de prestar os cuidados necessários à criança, deve-se verificar se esse cuidado pode ser prestado pela família extensa, bem como encaminhar a mãe para os serviços e programas necessários.

O fortalecimento do vínculo da mãe com a família extensa deve ser realizado pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Serviço de Proteção e Atendimento a Famílias e Indivíduos (PAIF), equipes do Consultório na Rua e de Saúde da Família. Quando possível e necessário, mãe e filho podem ser encaminhados a um serviço de acolhimento do SUS ou SUAS.

A diretriz nacional, que é acompanhada em nota por um fluxograma do atendimento ideal, é um contraponto ao atendimento isolado que atualmente ocorre nas maternidades em São Paulo e apresenta a integração das redes de proteção e dos setores técnicos para o auxílio a essas mulheres, valorizando a manutenção dos vínculos familiares, o investimento nas famílias e o trabalho multissetorial.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A mulher em situação de rua, usuária ou não de drogas, gestante ou mãe, não oferece necessariamente risco a sua criança. Deve-se analisar cada caso concretamente para avaliar se a mulher oferece ou não risco, se possui ou não capacidade de exercício de cuidado.

Da perspectiva deste trabalho, a responsabilização da mãe não pode ser feita desconsiderando-se a sua inserção em um contexto de desigualdade e vulnerabilidade social.

O atual fluxo de encaminhamento às Varas da Infância, sem acionar a rede de proteção, e o acolhimento dos laudos realizados pelo judiciário, permite a ocorrência de uma inversão de prioridades: opta-se pelo acolhimento e posterior adoção em detrimento da manutenção do convívio familiar, protegido pelo art. 19 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A maternidade, assim como a proteção das famílias, deve ser vivida de acordo com os direitos humanos, o que significa ser voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa. Entende-se por socialmente amparada a maternidade vista como trabalho social, o qual se faz ainda mais imprescindível quando da relação entre maternidade e pobreza. O preconceito em torno das mulheres gestantes em situação de rua as exclui, antes de tudo, dos amparos necessários para a manutenção das famílias unidas e da garantia de seus direitos.

Merece destaque a ausência, neste relatório, de outros atores sensíveis ao tema, como o Conselho Tutelar, o Comitê Municipal de Direitos da Criança, e uma referência direta aos Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Referência e Assistência Social (CRAS e CREAS). Direcionamos o foco às situações em que a detecção de vulnerabilidades nos hospitais implica justamente no acionamento das varas e na destituição do poder familiar, sem considerar os trabalhos dessas equipes e equipamentos e, pretendemos, futuramente, seguir as pesquisas com estes e outros equipamentos, serviços e órgãos de atendimento.

O que se conclui, neste momento, é que a maternidade em situação de rua necessita do amparo assistencial para que possa ser acolhida, desenvolvida. Mas como fazê-lo em um contexto de judicialização e separação legal de mães e bebês por meio das Ações de Destituição do Poder Familiar (ADPF)? É o que passamos a discutir, à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente, na sequência.

Direitos das Mães ou Direitos das Crianças: uma falsa dicotomia

Cabe à família, à sociedade e ao Estado garantir às crianças condições plenas de “desenvolvimento no seio de uma família e de uma comunidade, ou prestar-lhes cuidados alternativos temporários, quando afastado do convívio com a família de origem”. O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária instaurado pela Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 1, de 13 de Dezembro de 2006 reafirma a condição de sujeito de direito da criança e do adolescente e a necessidade de reconhecimento da especificidade da condição de pessoa em desenvolvimento, que precisa de proteção.

Qualquer interferência estatal no seio da família deve respeitar os princípios da atualidade, da intervenção precoce e da brevidade/excepcionalidade, assim como todas as garantias da criança que se encontrem em discussão. Além de acompanhar a dinâmica da evolução da situação que gerou a situação de vulnerabilidade, **a intervenção deve ser utilizada como *ultima ratio* e cessar assim que a circunstância que a ensejou seja sanada, para que não se institua uma nova realidade.**

Também é considerado essencial para a **saúde mental da criança** contar com uma relação contínua e afetiva, seja com a mãe ou com uma figura que considere como referência. A presença de um adulto na vida da criança é de enorme importância, ao funcionar como forma de lhe passar segurança, confiança e apoio.

A leitura de alguns dos direitos das crianças garantidos pelo nosso ordenamento e os princípios que regem sua aplicação permitem-nos concluir pela primazia da proteção da criança em sua família natural. Ambas devem ser amparadas, crianças e famílias, já que o fortalecimento destas implica promoção da proteção das primeiras.

No âmbito do cenário descrito neste relatório - a separação e destituição do poder familiar de mulheres em situação de rua, usuárias de drogas ou não - observa-se a inversão dessa prioridade. O judiciário tem interpretado que o melhor interesse das crianças é protegido pela separação da família. Esta aparece nas narrativas locais como potencial violadora de direitos, pelo uso abusivo de drogas, pela situação de rua ou alta vulnerabilidade social na qual se encontra inserida.

Se o ordenamento legal postula a permanência das crianças em suas famílias de origem, como compreender as destituições referidas neste trabalho?

A mesma pergunta tem sido feita por diversas autoras que são, também, agentes neste cenário, instigadas a pensar sobre seu cotidiano de trabalho, ao explorar a questão de diferentes maneiras. Schweikert (2016) reflete sobre práticas de biopoder e os pressupostos nocivos acerca da suposta incapacidade de mulheres e mães usuárias de drogas.

Rios (2017) também se pergunta sobre estas destituições, propondo uma análise da rede de políticas locais em Jundiá e apontando como caminhos a serem trilhados o amadurecimento da rede de proteção e seu fortalecimento para o acolhimento das demandas.

Gonçalves (2015), indagando sobre esses processos em trâmite na Defensoria Paulista, busca observar os casos à luz da atuação do psicólogo e afirma que a intervenção do estado, a partir de autores como Winnicott, pode significar uma afetação real ao desenvolvimento dessas crianças e que as pressões do mundo do direito sobre os produtos e laudos psicológicos podem acarretar atuações que comprometem seus direitos.

Berberian (2013) analisa a questão da negligência na prática de assistentes sociais e aponta que não há uma ideia concreta de negligência, senão uma composição feita pelos atores caso a caso, propondo pela superação desta noção e a utilização de outros termos como “proteção” e “desproteção”.

Esse breve resgate dos textos produzidos pelas autoras - e interlocutoras desta pesquisa - é necessário para pontuar os pressupostos em que se amparam este relatório e o horizonte perseguido: do ponto de vista jurídico, é necessário que se fortaleça o entendimento em consonância com nosso ordenamento legal, em especial o ECA, em que a garantia dos direitos das crianças é também a garantia dos direitos de suas mães e de suas famílias.

A prática nas redes de atendimento e proteção e mesmo no judiciário, tem mostrado que as famílias, em especial as mães, são vistas como violadoras dos direitos das crianças, grosso modo, por serem usuárias de drogas e/ou estarem em situação de rua. A solução seria, nessa perspectiva, o afastamento de genitoras e bebês para a proteção do melhor interesse das crianças. Contudo, essa construção vai contra o ordenamento jurídico brasileiro, e tem como substrato a polarização de direitos que, sob o prisma deste relatório, não deveria existir.

Assim, passamos a descrever alguns dos direitos em questão, à luz de nosso ordenamento jurídico, buscando fortalecer a compreensão de que não há dicotomia entre direitos, mas, sim, a necessidade do cuidado e da proteção de crianças e famílias conjuntamente.

ACOLHER AS FAMÍLIAS É PROTEGER OS DIREITOS DAS CRIANÇAS

O direito à maternidade deve envolver, no País, assistência pública e gratuita de qualidade em saúde, educação, e, quando necessários, recursos para amparar mães e seus filhos em situação de vulnerabilidade. Deve haver fornecimento de recursos e amparo para a manutenção da criança com sua mãe, por força de nosso conjunto normativo, antes de cogitar-se a destituição do poder familiar.

A Constituição Federal Brasileira, em seu artigo sexto, estabelece como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. A proteção conjunta à maternidade e à infância é assim definida constitucionalmente, devendo orientar a interpretação e aplicação de nossa legislação.

Entretanto, pode-se observar a existência de interpretações legais que colocam em polos opostos direitos de mães e crianças, **a partir de uma significação muito particular de que é o melhor interesse da criança: na maior parte destes casos, a separação da mãe – que lhe oferece riscos –, a destituição do poder familiar e rápida adoção.**

O conceito de família é tratado pelo Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, que afirma que as famílias vão além do núcleo familiar tradicional e nuclear concebida comumente, que advém da herança patriarcal. O foco reside, portanto, não na estrutura familiar, mas sim nas funções que são desempenhadas pelos indivíduos dentro do arranjo. A intervenção do Estado no seio familiar deve ser excepcional e último caso, somente em hipótese de situação de risco e sempre controlada (SCHWEIKERT, 2016).

A institucionalização de crianças, ainda que considerada como em razão de seu “melhor interesse”, impacta o desenvolvimento infantil e pode acarretar diversas consequências negativas a sua saúde mental, como carência afetiva ou de figuras que possam prover suas necessidades de forma segura e amorosa. A sustentação teórica para a valorização de vínculos, dessa forma, vai ao encontro da atual legislação brasileira e revela a necessidade de políticas públicas que não criem um binômio entre o interesse da família e da criança. (Winnicott, 1988 apud Gonçalves, 2015).

Nesse sentido, a contradição entre a legislação e os encaminhamentos dados a essas mulheres, na prática, expõe as fragilidades de nosso sistema, nos termos de Gonçalves:

Talvez isto nos aponte para um fenômeno contraditório: a existência da política pública se fundamenta na centralidade das ações voltadas ao vínculo familiar, mas a execução técnica delas nem sempre coincide com este princípio. Esse é um fenômeno que, quando ocorre, precisa ser vencido, tendo em vista que é o vínculo materno ou familiar o que precisa ser valorizado, é ele que deveria ocupar, de fato, o centro das ações das políticas públicas com vistas ao desenvolvimento infantil. (GONÇALVES, apud Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente & Conselho Nacional de Assistência Social, 2009; Winnicott, 1950a, p. 79)

O que o autor aponta é que a destituição passou a ocupar, nestes casos, a centralidade das políticas e execuções técnicas, a despeito dos conhecimentos psicanalíticos acerca do desenvolvimento infantil e de nossa legislação.

Diante do amplo escopo de direitos em questão, resumimos alguns que parecem essenciais para o debate da seguinte maneira:

QUAIS SÃO, AFINAL, OS DIREITOS EM JOGO?

Direitos reprodutivos	Direito a própria história e identidade	Direito de decisão sobre o próprio corpo e família
Direito à moradia digna, saúde, acolhimento social	Direito à moradia digna, saúde, acolhimento social	O ECA: prioridade absoluta, família e Estado como responsáveis
Direito à maternagem	Prioridade da convivência em família natural	

No desenho apresentado direitos atribuídos às crianças e também aqueles tradicionalmente atribuídos às mães. Observa-se que não há contradições, mas sim convergências entre os direitos, em especial o direito à saúde, moradia e acolhimento. Passamos assim a apresentá-los de maneira pormenorizada.

DOS PRINCÍPIOS DA PROTEÇÃO INTEGRAL, DO SUPERIOR INTERESSE DA CRIANÇA E DA PRIORIDADE ABSOLUTA

A proteção integral da criança e do adolescente é princípio estruturante dos direitos da criança e do adolescente, presente já no artigo 1º do ECA. Trata-se de uma diretriz que norteia a garantia a direitos individuais, sociais e específicos ao segmento que, em razão de sua condição de pessoa vulnerável, em desenvolvimento, precisa de proteção integral - seja da família, da sociedade ou do Estado.

Com vistas a alcançar esses objetivos, o ECA institui uma série de mecanismos de proteção, promoção e defesa de direitos, um Sistema de Garantias, materializado pela criação dos Conselhos de Direitos nos níveis federal, estadual e municipal; pela articulação entre agentes governamentais e não governamentais, a desjudicialização e municipalização do atendimento com a criação dos Conselhos Tutelares e a elaboração de medidas socioeducativas e de proteção (SOUZA, CABRAL & BERTI, 2010)

O Interesse Superior da Criança e do Adolescente, por sua vez, também é estruturante, na medida que implica o interesse da criança e do adolescente como de superior relevância para concretização de seus direitos fundamentais (SOUZA, CABRAL & BERTI, 2010). Medidas que atinjam crianças e adolescentes devem ser adotadas em função da promoção e proteção de seus direitos, nunca em seu detrimento ou prejuízo.

O princípio da Prioridade Absoluta, de caráter concretizante, complementa os dois anteriores. Encontra-se, por exemplo, no art. 4º do ECA, um rol exemplificativo de prioridades: a primazia no recebimento de proteção e socorro; a precedência de atendimento nos serviços públicos; a preferência na formulação e execução das políticas públicas; a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção da infância e da juventude.

O princípio estabelece que a criança e o adolescente sejam necessariamente os primeiros na atenção da família, da comunidade, do Poder Público e da sociedade em geral. Trata-se da responsabilidade compartilhada, mandamento firmado no texto constitucional para consecução dos princípios elencados para promoção e defesa dos direitos da criança no artigo 227, conforme a seguir:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

DO DIREITO À CONVIVÊNCIA PRIORITÁRIA NA FAMÍLIA NATURAL

Nas disposições gerais do Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 19, é assegurado à criança e ao adolescente o direito de permanecer prioritariamente com sua família.

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

Note-se que não há qualquer menção a quais condições ensejariam a alocação em família substituta, justamente pela discutida necessidade de avaliação caso a caso.

Cabe destacar que o Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016, conforme já mencionado, alterou o texto do ECA, ao substituir a determinação de que o ambiente de criação de crianças e adolescentes fosse “livre de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”, pela exigência de “um ambiente que lhes proporcione desenvolvimento integral”.

Ou seja, de acordo com ordenamento jurídico objetivo, a dependência química não constitui por si só um fator impeditivo do exercício do poder familiar. Ao contrário, o entendimento legislativo mais recente sobre as necessidades da primeira infância, amparado em toda a discussão técnica da psicologia, saúde e assistência social, evidencia a compreensão de que o convívio familiar é essencial ao pleno desenvolvimento da criança.

Ademais, o ECA preconiza, em seu artigo 100, inciso X, que um dos princípios que regem a aplicação de suas medidas é a

prevalência da família: na promoção de direitos e na proteção da criança e do adolescente deve ser dada prevalência às medidas que os mantenham ou reintegrem na sua família natural ou extensa ou, se isto não for possível, que promovam a sua integração em família substituta.

Portanto, deve haver a mobilização de esforços para que haja a manutenção da criança em sua família natural, o que é reforçado pelo Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária instaurado pela Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 1, de 13 de Dezembro de 2006 já mencionado.

DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITO À MATERNAGEM

A maternidade considerada ideal pela sociedade segue um padrão bastante restrito e envolve a criação de alguns modelos, considerados adequados pelas autoridades que lidam com o tema e que envolvem critérios como heteronormatividade, monogamia, residência fixa, e condições socioeconômicas incompatíveis com boa parte das famílias brasileiras.

A destituição, segundo Gonçalves, é dotada de seletividade em nosso sistema e também sintoma de nossas desigualdades sociais (GONÇALVES, 2015, p.77), mesmo diante do artigo 23 do Estatuto da Criança e do Adolescente que afirma que a falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

Nesse sentido, é importante também destacar o artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente que estabelece que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, tais como à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Assim, a incapacidade de prover algum desses direitos pela família deve ser provida pela comunidade, pela sociedade e pelo Estado, e isso não pode e nem deve ser feito por meio da destituição, violando seu direito à convivência em sua família.

A preocupação do Estatuto com a maternidade é tamanha que, em diversos artigos, asseguram-se as condições das mulheres para seu desempenho, conforme a seguir:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

(...)

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

§ 4o Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

(...)

§ 9o A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto.

Nota-se, no cenário descrito, que o poder público atua na responsabilização das mulheres pelas condições de vulnerabilidade nas quais estão inseridas, porém não há a responsabilização do Estado por não assegurar a todas as mulheres o acesso às garantias previstas no ECA, uma vez que todas as interlocutoras da pesquisa apontam para o déficit nas políticas de atendimento.

Ainda, no que toca às maternidades:

Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

**I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;
II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;**

(...)

IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;

V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Além disso, os direitos previstos nos artigos sétimo e décimo nono do ECA preveem, necessariamente, a proteção da família, e a efetivação de políticas sociais públicas que promovam seus direitos.

Art. 7º 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.

34 Importante mencionar a falta da presença do pai nas narrativas e pesquisas consultadas. A solidão da mulher nas ruas é clara, bem como sua responsabilização pelas crianças que nascem. Perguntamos, no entanto, dos mais de quinze mil homens em situação de rua, quantos não são também pais?

35 Mais informações em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>

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

À mãe é dado o papel de principal guardiã da criança³⁴. Contudo, para que possa exercer esse papel, é preciso que conte com uma rede de suporte formada por pessoas próximas - a família extensa (DALMÁCIO, CRUZ E CAVALCANTE, 2015). Na falta desta rede familiar de suporte, é necessário o amparo institucional à mulher para que possa desempenhar a maternidade de forma segura junto a suas filhas.

Ressalta-se ainda a questão a amamentação e da sua importância para o desenvolvimento saudável da criança. O aleitamento materno tem efeitos na imunidade e sua ausência pode elevar o risco de desenvolvimento de uma série de doenças.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), por exemplo, destaca na resolução n.4 07/2009 que o aleitamento materno deve ser privilegiado. O reconhecimento da amamentação até os seis meses de vida torna-se ponto pacífico e reforçado de maneira ampla pelo Ministério da Saúde³⁵ em materiais de apoio à nutrição infantil e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ressalvados os casos em que as mães não podem amamentar ou o leite materno não pode ser a única fonte de alimentação.

A Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas traz, em diversos artigos, a necessidade de proteção da identidade da criança, de sua família, da necessária manutenção na família natural e proibição de interferência arbitrária do Estado na vida destas crianças, sendo dever do Estado prover meios suficientes para que a família possa proteger a criança (artigos 5; 7; 8; 9; 16; 18; 20; 21; 27).

Finalmente, no que tange ao direito à moradia, em São Paulo, a Política Habitacional, instituída pela **Portaria 131/2015, prioriza as mulheres e mães na atribuição de vagas**, buscando fortalecer a proteção de mães e filhas.

36 Texto disponível em:
<http://www.sedes.org.br/Clinica_psicologica/Projetos/Grupo_acesso/anexos/direito_de_construir_a_propria_historia.pdf>.

O DIREITO À PRÓPRIA HISTÓRIA

No texto “O direito a construir a própria história” menciona-se o fato de que até recentemente, a história de vida das crianças que viviam em instituições de acolhimento ou crianças adotadas por uma família não era tomada como uma questão a ser pensada de forma cuidadosa e crítica pelas profissionais que com elas trabalhavam. Em ambas as situações, acreditava-se que não discutir a história da criança com ela evitaria seu sofrimento (SOUZA et al.³⁶).

Esta ruptura precisa ser levada a sério, sendo colocada por diversos autores da psicologia e saúde como extremamente grave para mãe e bebê. A criança, quando adulta, poderá seguir com os sentimentos de perda e ruptura que a privam de um desenvolvimento psicológico e afetivo saudável.

Para a mãe este é um evento necessariamente traumático, que agrava sua condição de vulnerabilidade social. Conforme já mencionada, a ameaça de ruptura desses vínculos afasta-a dos serviços de saúde e assistência e promove o aprofundamento de complicações em sua saúde física e psicológica. Estamos diante de rupturas violentas promovidas por um Estado que, sob a argumentação do “melhor interesse da criança”, potencialmente viola o direito de ambas.

É possível afirmar, ainda, que muitas crianças desconhecem suas trajetórias de adoção e crescem sob o estigma de abandono e negligência por parte de suas mães, sem que tenham acesso a uma perspectiva de suas histórias que identifique suas mães como mulheres que, tendo desejado suas filhas e o exercício da maternidade, foram impossibilitadas, direta ou estruturalmente, ao exercício desse direito.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Da perspectiva jurídica, a permanência na família natural atende à Proteção Integral, ao Superior Interesse e à Prioridade Absoluta da Criança. A promoção e garantia dos direitos das crianças nascidas de mães em situação de rua, portanto, não é contraposta ao direito das mães e da família, justificando a destituição. Ao contrário, a permanência com a família deve ser buscada justamente como forma de efetivação desses direitos.

Apenas nos casos em que não for possível a manutenção, após sólida avaliação da família, acionamento da rede de proteção e investimento na mãe, antes e depois do parto, é que, como última alternativa, deve-se considerar a destituição do poder familiar.

A oposição entre os direitos de mães e crianças precisa ser combatida, uma vez que o próprio ordenamento jurídico brasileiro busca privilegiar a manutenção dos laços naturais, sendo de extrema importância a ampliação deste debate na rede de atendimento e proteção de mulheres e crianças e dentre as agentes do judiciário.

**Afinal, como assegurar
o “melhor interesse”
das crianças?**

A presente pesquisa aproxima-se da infância nas ruas através de trajetórias de separação, de ruptura de famílias em situação de rua e alta vulnerabilidade social.

A vida dessas mulheres e crianças sofre com uma intervenção estatal, que se pauta, sob nossa perspectiva, na responsabilização individual, na sua suposta incapacidade para o exercício da maternidade e não por meio do amparo social assegurados pelas normas nacionais e internacionais.

A despeito dos muitos casos em que as mulheres não desejam se responsabilizar pelas suas filhas, ou quando efetivamente estamos diante de usos nocivos de substâncias psicoativas que impedem o exercício da maternidade, este relatório debruçou-se sobre uma situação limite em específico: as mulheres que, mesmo em situação de rua – usuárias ou não de alguma substância – desejam exercer a maternidade de maneira responsável e, se amparadas, poderiam fazê-lo.

A destituição do poder familiar em um cenário em que a falta estrutural de vagas, de condições nos serviços de saúde e assistência municipais são fundamentos para a judicialização, acarreta em processos institucionais e judiciais que acabam por compreender que o exercício da maternidade por essas mulheres, no limite, violaria os direitos das crianças à saúde, bem-estar, moradia digna.

Mulheres vulnerabilizadas pela violência, pela situação de rua, pela drogadição e outras doenças, de fato, se não receberem auxílio – estatal ou de seus núcleos de apoio familiar – para uma reestruturação de suas vidas, terão pouco a ofertar e assegurar em termos de acesso a direitos para suas filhas. Ocorre que elas, tampouco, têm acesso a esses direitos.

Desta maneira, ao longo desta pesquisa, escutamos narrativas de mulheres que, vulnerabilizadas e sem acesso a direitos, por diversos motivos e, dentre eles a falta de estrutura das políticas públicas intersetoriais, perdem a guarda e o poder familiar de suas famílias justamente em razão desta precariedade. Em muitos dos casos narrados não houve a prática de nenhum tipo de violência ou negligência para com a criança mas, sim, tão somente, seu nascimento no contexto de precariedade que é o que vive sua mãe.

A solução caseira, improvisada, dos serviços de saúde para garantir que as crianças, em seus primeiros dias de vida, não passem por privações que podem levar à sua morte – como exposição ao frio e chuva, falta de condições de higiene e nutrição – tem sido o acionamento das Varas da Infância e Juventude, como mencionamos, para que as crianças sejam recebidas por centros de acolhida especializados. No limite, nestes casos, o melhor interesse da criança é tutelado, quando visto a partir da ótica do cuidado material, alimentar da criança. E os direitos à convivência familiar? Amamentação? Permanência com a família de origem? Não seriam também direitos quem compõem o “melhor interesse da criança”?

Encaminhar a criança a um centro de acolhida significa mantê-la no hospital após a alta médica da mãe, significa o aumento das dificuldades na visitação e formação de vínculos, a não amamentação da criança, o cerceamento da defesa administrativa e judicial da mãe, que não possui voz ao longo das decisões tomadas, e que, na prática, não acessa a Defensoria Pública do Estado de São Paulo para conhecer seus direitos.

Esses encaminhamentos para as Varas da Infância, que muitas vezes acarretam na destituição do poder familiar dessas mulheres, e no retorno destas às ruas sem suas filhas, têm incomodado os profissionais dos diversos setores de atendimento.

O sofrimento, para as profissionais que atuam diretamente nestes casos, é manifesto. Angústia e tristeza diante das separações são algumas das emoções expressas ao narrar casos tão complexos. Mesmo com as adoções bem-sucedidas ou com o retorno à família de origem, as profissionais entrevistadas sentem a necessidade de aprofundar os debates e melhorar a prestação do serviço público nestes casos. Será que essa criança está melhor sem sua mãe? Será que esta mulher não poderia ter exercido a maternidade, se fosse apoiada? Será que essa ruptura não foi violenta para mãe e criança? Quais os impactos destes afastamentos? Quantas crianças separadas são efetivamente adotadas? Quantas delas irão crescer nos abrigos sem acesso às suas histórias de vida e às suas famílias de origem? Quantas, adotadas, crescerão acreditando terem sido negligenciadas quando suas mães biológicas gostariam que elas crescessem sabendo que foram amadas e desejadas, mesmo ante tantas adversidades?

37 Disponível em: <<http://radardaprimeirainfancia.org.br/ministerio-da-saude-nota-tecnica-sobre-atencao-mulheres-em-situacao-de-rua-e-seus-bebes/>>.

38 Sobre o tema, pode-se analisar a Comissão Flores de Lótus e a Casa da Gestante, políticas estabelecidas em Jundiaí e Campinas analisadas por Ariane Rios e tidas como boas práticas em seus âmbitos de atuação.

39 Portaria do Ministério da Saúde n. 1.020 de 2013, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>.

Sob nossa perspectiva, acolher a mãe para assegurar-lhe condições de subsistência e de construção de sua autonomia é também acolher e proteger a criança recém-nascida em condições de vulnerabilidade social. Ao acolhermos as famílias como um todo, estaremos enxergando os direitos da criança de maneira mais completa, conforme preconizado por nossa legislação.

Sob o prisma do quanto apresentado neste relatório, entendemos que o melhor interesse da criança reside em um acompanhamento continuado, pré e pós-natal, com efetivo suporte às famílias, laudos aprofundados, equipes de apoio multissetorial e a vinculação com a mãe. Apenas com o suporte à mãe e o acompanhamento caso a caso é que se poderá decidir pela intervenção estatal no sentido da destituição do poder familiar, sempre sendo colocada como última opção.

Tais questões já foram muito bem abordadas pela Nota Técnica 001 de 2016 do Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social e Combate à Fome³⁷, que utilizamos neste relatório e que descreve de maneira completa e pormenorizada os percursos institucionais em casos de alta complexidade. Entretanto, o desafio da implementação e eficiência das políticas se impõem.

Sabendo do desafio que é propor ou resumir as demandas que descrevemos neste relatório, buscamos sintetizar algumas saídas apontadas por nossas interlocutoras, a bibliografia analisa e as normativas existentes sobre o tema, conforme a seguir:

1. Soluções a longo prazo e mais permanentes passam necessariamente por uma expansão da rede de serviços focando-se na prevenção e no cuidado multissetorial continuado³⁸. Ainda, é preciso que se pautem em modelos de família diversificados desconstruindo estigmas e preconceitos, dando a essas pessoas a condição de cidadania, ingresso e atendimento nos serviços públicos.
2. Quanto à discriminação narrada por usuárias e profissionais dos serviços, o acesso poderia ser melhorado se o município de São Paulo adotasse normativa infralegal que dispense as pessoas em situação de rua da apresentação de comprovante de residência e outros documentos para conseguir atendimento. Além disso, haveria melhoras se reiterasse o direito de atendimento pelo SUS e não somente pelo

40 Tem ganhado força nacional e internacional o entendimento de que a situação de rua é uma violação de direitos humanos, pois é uma falha dos Estados em garantir acesso à moradia adequada, que é entendido como um componente do direito a um patamar adequado de vida. Esse tema é abordado no relatório anual da relatoria especial sobre moradia adequada apresentada à 31ª Sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU. Disponível em: <<https://goo.gl/HTqKpE>>.

Consultório na Rua, como os programas da Rede Cegonha e Gestação de Alto Risco³⁹, já existentes e que não cuidam especificamente dessas mulheres. Tal medida não onera o sistema e produz o acesso imediato a direitos, além de facilitar o trabalho de atuação e encaminhamento das reduzidas equipes do Consultório na Rua na cidade que não dão conta do atendimento às quase 20.000 pessoas em situação de rua de São Paulo.

3. Tanto na saúde quanto na assistência social, atualmente, existem boas experiências de práticas de atendimento às gestantes e mães aptas a evitar uma destituição fundada basicamente nas condições materiais da família biológica imediata, sendo necessária a implementação efetiva do fluxo proposto em âmbito federal para o atendimento (a já mencionada Nota Técnica MDS 001 de 2016). Ademais, a necessidade de “liberação do leito” nos hospitais em 48 horas, também aplicável para as mulheres em vulnerabilidade social e em estado puerperal, precisaria ser flexibilizada, priorizando-se a necessidade de convivência entre mães e bebês e seu acolhimento conjunto.
4. Outro ponto de necessária expansão é a criação de uma política pública de porta de saída do sistema de acolhimento para adultas por meio de uma política pública de garantia à moradia digna. Atualmente os serviços funcionam para que a mulher consiga sua autonomia, que se manifesta de duas formas: pela reintegração à família ou pela percepção de renda, conquista do autossustento e da moradia por meio de aluguel de imóvel privado. Há um grande risco de retrocesso nos dois casos, mas, especialmente no segundo caso, qualquer instabilidade econômica pode retroceder as conquistas pessoais e levar a mulher e suas filhas de volta à rua⁴⁰.
5. A narrativa tanto de mulheres com filhas e de profissionais da rede de assistência dá importância, ainda, às creches e como suas deficiências podem colaborar para a manutenção das mulheres em situação de vulnerabilidade. A demora para conseguir vagas e a limitação horária (das 7h00 às 16-17h) se mostra por vezes incompatível com qualquer emprego que exija jornada até às 18h00, além de excluir completamente a possibilidade de trabalho noturno.

6. O fortalecimento e prevenção da revitimização das famílias em vulnerabilidade e risco social pela máquina judiciária e pelas estruturas de atendimento precisam estar no escopo de atuação, como previsto pela Nota Técnica 001 de 2016 já referida. Mesmo após a destituição é preciso seguir o cuidado continuado com as mulheres e famílias, para que elas se fortaleçam e superem as condições que ensejaram a intervenção do Estado.
7. O acesso à justiça é, também, prejudicado pela falta de conhecimento dos direitos da criança e da mulher, tanto por parte das mães quanto das funcionárias da rede e dos equipamentos. Sendo assim, faz-se necessária a realização de projetos de educação popular em direitos, incluindo não apenas aulas e formações, como também a produção de materiais para multiplicação do conhecimento para equipes técnicas e a população em geral sobre os direitos das mães e gestantes em situação de rua no período pré natal e pós parto.
8. Outra forma de auxiliar o acesso à justiça por parte das famílias diz respeito ao acesso à Defensoria Pública para sua defesa ao longo de todo o processo e investimento na análise dos processos de destituição que correm na comarca de São Paulo. O déficit no acesso à informação quando ocorrem as intervenções nas maternidades, como descrito, tem privado as mulheres do acesso à ampla defesa.
9. A dificuldade de acesso dos dados acerca das políticas e processos judiciais na temática da infância dificultam as análises e limitam o aperfeiçoamento das políticas. Quantas crianças são acolhidas nestes contextos em específico? Quantas efetivamente retornam às suas famílias ou são adotadas? Quantas mulheres e famílias têm, hoje, crianças nos serviços de acolhimento? Quantas crianças permanecem nos abrigos por não serem “adotáveis”, como grupos de irmãos ou crianças portadoras de doenças congênitas associadas ao uso de drogas? A impossibilidade de cruzar os dados entre mães e crianças e de realizar um acompanhamento após o acolhimento dificultam a formulação de políticas de assistência e de controle social.

10. É necessário apontar a necessidade de mudança na cultura jurídica que considera como solução central a destituição do poder familiar e a adoção de crianças, em detrimento do fortalecimento de redes de atendimento. Os casos só chegam à vara após o nascimento da criança. O argumento da urgência enseja a separação liminar de mães e crianças em um momento sensível como o puerpério. As varas centralizam as destituições mas não desempenham papel protagonista na formação de rede de articulação entre atores, encaminhamentos de fortalecimento da família. É necessário o aprofundamento da compreensão de que o cuidado com mães e famílias é o cuidado, também, com as crianças.
11. O fortalecimento e ampliação de grupos multissetoriais internos aos órgãos executores de políticas (como a secretaria de assistência social, saúde e defensorias públicas e órgãos do judiciário) têm potencial de originar comissões intersetoriais capazes de mobilizar e articular agentes para a discussão dos casos e elaboração de estratégias multissetoriais de atuação na proteção integral às famílias, submetendo os casos a diversos olhares e possibilidade de encaminhamento.
12. Para garantir a intersetorialidade, seria preciso incluir o terceiro setor (entidades de defesa de direitos humanos e movimentos sociais), o sistema judiciário, tanto na figura de agentes jurídicos quanto do corpo técnico (Defensoria, Tribunal de Justiça, Ministério Público), Conselho Tutelar, rede de saúde (maternidade, Consultório na Rua, supervisão técnica, rede de saúde mental - CAPS, CAPS AD etc.), rede de acolhimento tanto à mãe/família quanto à criança e adolescente (centros de acolhida, SAICAS e Serviço de abordagem social). Entidades profissionais (CREMESP, CRP e CRESS) também precisam se apropriar do debate, inclusive considerando que algumas já se manifestaram sobre a questão.

O quadro síntese a seguir traz os principais pontos que, sob a perspectiva do quanto compilado neste relatório, poderiam orientar o atendimento à mulheres e famílias em situação de vulnerabilidade:

INFÂNCIA E MATERNIDADE EM SITUAÇÃO DE ALTA VULNERABILIDADE

DIRETRIZES PARA UM ROTEIRO DE BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO A MULHERES E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

PROTEÇÃO INTEGRAL	<p>A mãe-família em situação de risco também é uma demanda da rede de proteção social</p> <hr/> <p>Atuação Intersetorial pré e pós natal</p> <hr/> <p>Atendimento psicossocial nos casos de manifesto desejo de entrega e intervenções</p>
DIREITO DE DEFESA	<p>Notificar casos judicializados à Defensoria Pública</p> <hr/> <p>Fornecer informações às mães</p> <hr/> <p>Sensibilizar as Varas da Infância para as garantias processuais e papel de articulação</p>
NÃO DISCRIMINIZAÇÃO	<p>Não manter a criança internada sem causa médica</p> <hr/> <p>Garantir direito de visita e convivência na maternidade e no abrigo institucional</p> <hr/> <p>Apenas notificar casos com evidência de maus tratos e negligência</p>
EXCEPCIONALIDADE DO ROMPIMENTO DO VÍNCULO FAMILIAR	<p>Promoção, reabilitação e reinserção da mãe-família para evitar o rompimento do vínculo</p> <hr/> <p>Assistência plena à família extensa</p>
ATUAÇÃO EM REDE	<p>Espaços de discussão e debate para elaboração de estratégias e normas técnicas</p> <hr/> <p>Formação continuada das equipes de atendimento</p> <hr/> <p>Implementação de fluxo nos termos da nota técnica 001 2016 do MSMDS</p>

Acreditamos que por meio do esforço conjunto para a implementação do fluxo de atendimento ideal proposto pelo Ministério da Saúde e do Ministério de Desenvolvimento Social em 2016 seria possível a garantia da escuta, da defesa, do apoio e do empoderamento das mulheres para protegerem suas famílias.

Ao reforçar o papel da comunidade, da sociedade, do Estado e da família na proteção de laços tão vulnerabilizados, podemos, pouco a pouco, transformar a realidade hoje fragmentada de direitos de crianças, adolescentes e suas mães e famílias na cidade de São Paulo, para a efetivação conjunta de direitos, alcançando os objetivos do Estatuto da Criança e do Adolescente, de nossa Constituição Federal de 1988 e de outras normativas nacionais e internacionais que tratam do tema.

REFERÊNCIAS

- ABRUZZI, Jéssica Consoni. A experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. 2011.
- ADDIS, Antonio et al. Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. *Reproductive Toxicology*, v. 15, n. 4, p. 341-369, 2001.
- BANDSTRA, Emmalee S. et al. Severity of prenatal cocaine exposure and child language functioning through age seven years: a longitudinal latent growth curve analysis. *Substance use & misuse*, v. 39, n. 1, p. 25-59, 2004.
- BOWLBY, J. Attachment, communication, and the therapeutic process. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development, p. 137-157, 1988.
- BERBERIAN, Thais Peinado. Serviço Social e avaliações de negligência contra criança e adolescente: Debates no Campo da Ética Profissional. 2015.
- BUNGAY, Vicky et al. Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy*, v. 21, n. 4, p. 321-329, 2010.
- DALMÁCIO, Laura Machado; DA CRUZ, Edson Júnior Silva; CAVALCANTE, Lília Ieda Chaves. Percepções de mães encarceradas sobre o direito à amamentação no sistema prisional. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, v. 6, n. 11, 2015.
- DE MAGALHÃES NARVAEZ, Joana Corrêa. Trauma infantil e função executiva em usuários de crack. 2010. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- FONSECA, Cláudia. Caminhos da adoção. São Paulo, Cortez, 1995.
- FRANGELLA, Simone Miziara et al. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de uma rua em São Paulo. 2004.
- GOMES, Janaína Dantas Germano. O Ouvir como uma Prática de Direitos Humanos: reflexões sobre as atividades da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama. *Clínicas de Direitos Humanos e o Ensino Jurídico no Brasil: da Crítica à Prática que Renova*. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2017.
- GONÇALVES, Marcos Antonio Barbieri et al. Assistente Técnico Judiciário na Defensoria Pública: Suporte da teoria de Winnicott. 2015.
- HOHMAN, Melinda M.; SHILLINGTON, Audrey M.; BAXTER, Heather Grigg. A comparison of pregnant women presenting for alcohol and other drug treatment by CPS status. *Child abuse & neglect*, v. 27, n. 3, p. 303-317, 2003.
- HOLZTRATTNER, Jéssica Strube. Crack, gestação, parto e puerpério: um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária. 2010.
- LAPA, Fernanda Brandão. Clínica de Direitos Humanos: Uma Proposta Metodológica Para a Educação Jurídica no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, 2014.
- MORROW, Connie E. et al. Influence of prenatal cocaine exposure on early language development: longitudinal findings from four months to three years of age. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, v. 24, n. 1, p. 39, 2003.
- PONTES, Fernando Augusto Ramos et al. Teoria do apego: elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana. *Aletheia*, n. 26, p. 67-79, 2007.
- OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.
- RICCI, Susan Scott. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2015.
- RIOS, Ariane Goim. O fio de Ariadne: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas. 2017.
- RUI, Taniele. Usos da "Luz" e da "cracolândia": etnografia de práticas espaciais. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 91-104, 2014.
- SCHWEIKERT, Peter Gabriel Molinari. RESISTÊNCIA À PROFILAXIA MATERNA: A deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos/as na maternidade. 2016.
- SIMPSON, Mark; MCNULTY, Julie. Different needs: Women's drug use and treatment in the UK. *International Journal of Drug Policy*, v. 19, n. 2, p. 169-175, 2008.
- SOUZA, Ismael Francisco; CABRAL, Johana; BERTI, Renata Back. O reconhecimento do direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária no Brasil. Espaço Jurídico: *Journal of Law [EJLL]*, v. 11, n. 1, p. 125-148, 2010.
- SPITZ, René Arpad; COBLINER, W. Godfrey. The first year of life. *International Universities Press*, 1965 .
- VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e sociedade*, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004.
- WINNICOTT, Donald. W. (1988). *Human Nature*. Winnicott Trust.
- WINNICOTT, Donald W. Psychoses and child care. *British Journal of Medical Psychology*, v. 26, n. 1, p. 68-74, 1953.
- WRIGHT, Alison; WALKER, James. Management of women who use drugs during pregnancy. In: *Seminars in fetal and neonatal medicine*. WB Saunders, 2007. p. 114-118.

NOTA TÉCNICA SOBRE O EXERCÍCIO DA MATERNIDADE POR MÃES QUE FAZEM USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS

Considerando consulta da Defensoria Pública do Estado de São Paulo referente ao exercício da maternidade por mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas;

Considerando a maior frequência de casos em que há a retirada do recém-nascido do convívio familiar justificada pelo uso de drogas;

Considerando que em tais situações há graves equívocos no entendimento das normatizações relativas à proteção a criança, além de serem ignorados procedimentos e etapas legais existentes caso alguma intervenção seja necessária;

Orientamos que toda criança e adolescente tem direito à convivência familiar, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, sendo esta de fundamental importância e ainda mais necessária no início da vida, fase em que se forma o vínculo, necessário para um desenvolvimento emocional satisfatório.

A retirada de recém-nascidos de suas mães ainda na maternidade revela desconhecimento quando associa o uso de substâncias psicoativas necessariamente à ocorrência de violências/violações de direito. Supõe-se, no hospital, que a mãe será incapaz de cuidar do bebê devido ao uso de drogas, não tendo havido até então nenhuma violação de direitos por parte dela, conforme muitos relatos de mães que tiveram seus filhos retirados nas maternidades. Além disso, há carência de avaliação adequada sobre as formas de uso de drogas, sendo fácil haver uma avaliação superficial e possivelmente moralizante deste contexto. A partir de tais argumentos sem fundamentação legal, viola-se o direito básico, garantido por lei, da criança e da mulher à convivência familiar e comunitária.

Mesmo nos casos em que há suspeita de violação, não são levantadas alternativas anteriores ao encaminhamento para Acolhimento Institucional, tais como colocação em família extensa ou acompanhamento da família nuclear pela rede SUAS e pela própria rede pública de saúde mental, em especial os CAPS AD. Não é levado em conta o caráter excepcional do Acolhimento Institucional.

Desta forma, é indispensável que se realize a devida avaliação dos casos individuais pelas equipes dos serviços de saúde e assistência social de referência, não sendo eticamente possível tomar encaminhamentos com base em generalizações, preconceitos e estigmas, quando se entende de antemão que a mãe não tem condições de cuidar do bebê.

Observa-se também que há a penalização da mãe que muitas vezes não teve direitos garantidos relativos à sua condição de vulnerabilidade e é novamente prejudicada com a perda do direito de exercer a maternidade, sem a devida defesa prévia.

Considerando as atribuições deste Conselho, no que se refere ao exercício profissional das(os) psicólogas(os) diante de demandas em que haja a possibilidade de violações de direitos, destacamos aqui um dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional, princípios estes que se constituem como eixos orientadores da relação da(o) psicóloga(o) com a sociedade, a profissão, as entidades profissionais e a ciência, atravessando todas as práticas: Princípios Fundamentais:

...

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

...

Art. 2o - Ao psicólogo é vedado: a. Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;

Tendo em vista o exposto, vimos alertar para a necessidade de um olhar fundamentado na promoção de laços sociais e na garantia de direitos da mãe, da criança e da família, em casos envolvendo mães usuárias de crack, outras substâncias, e/ou em situação de rua e seus bebês.

Assim, a/o psicóloga/o baseará seu trabalho na promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas, estando impedido de participar ou ser conivente com violações de direitos, seja por meio de avaliações sem fundamentação ou produção de documentos decorrentes destas.

XIV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo Agosto/2016

Referências bibliográficas

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos 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, DF: CONANDA, 2006.

NOTA TÉCNICA CONJUNTA SOBRE DIRETRIZES, FLUXO E FLUXOGRAMA PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU USUÁRIAS DE ÁLCOOL E/OU CRACK/OUTRAS DROGAS E SEUS FILHOS RECÉM-NASCIDOS.

N.º 01/2016/MDS/MSaúde

10 de maio de 2016.

01. mulheres, adolescentes e crianças em todas as circunstâncias, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome apresentam este documento composto por diretrizes e fluxograma com possibilidades de atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos(as) recém-nascidos.

2. Este documento direciona-se, especialmente, a gestores(as) e profissionais de saúde e de assistência social de todo o país, reconhecendo o protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na atenção integral a esse público. Fundamenta-se em marcos normativos nacionais e internacionais que, entre outros aspectos, atribuem às mulheres, adolescentes e crianças a condição de sujeitos de direitos, sendo necessário lhes garantir, entre outros, os direitos à convivência familiar e ao acesso a serviços públicos de qualidade, conforme suas demandas.

3. Necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas requerem uma abordagem multissetorial e interdisciplinar, dentre as quais estão inseridas a Saúde e a Assistência Social. Devido à complexidade das necessidades que produzem as demandas, que envolvem tanto aspectos relacionados à saúde quanto à exclusão social, e por compreender que estas se encontram fortemente relacionadas, entende-se que para alcançar maior efetividade no atendimento é imprescindível uma ação integrada dos dois sistemas, bem como de outros atores dos Sistemas de Garantia de Direitos Humanos.

4. Entende-se que essa integração deve ocorrer desde a aproximação a esse público, realizada especialmente no espaço da rua, definindo-se fluxos de referência e contra-referência, considerando-se a articulação dos serviços do SUS e do SUAS envolvidos no cuidado ofertado à mulher e à criança, desenvolvendo uma proposta de gestão integrada do cuidado.

5. É fundamental orientar gestores e profissionais de saúde e de assistência social a respeito dessa temática, frente a algumas recomendações de órgãos do Sistema de Justiça para a comunicação imediata ao Poder Judiciário, por profissionais da saúde e da assistência social, acerca de duas situações: o nascimento de crianças filhas de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas; a situação de vida de gestantes nas mesmas condições e que se recusam a realizar o pré-natal. Tais recomendações – oriundas de órgãos como o Ministério Público¹ – estão, por vezes, ocasionando decisões precipitadas quanto ao afastamento das crianças recém-nascidas de suas mães sem uma avaliação técnica de cada caso. Observa-se que mesmo em alguns estados e municípios em que não houve recomendação expressa do Poder Judiciário nesse sentido, tem ocorrido tal prática.

6. Cabe ressaltar que a *Recomendação* é uma ferramenta administrativa do Ministério Público, prevista no art. 27 da Lei Federal nº 8.625/93 (Lei Orgânica do Ministério Público) dirigida aos órgãos da Administração Pública. Trata-se de um documento opinativo, uma vez que não possui poder coercitivo perante órgãos do poder público, sendo desse modo, de cumprimento espontâneo, porém incentivado^{2,3}.

7. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome apresentam posicionamento técnico para qualificação das ações voltadas a este público.

Do imediatismo à garantia de direitos humanos

8. O Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome entendem que decisões imediatistas de afastamentos das crianças de suas mães, sem o devido apoio e acompanhamento antes, durante e após o nascimento, bem como uma avaliação minuciosa de cada situação, violam direitos básicos, tais como a autonomia das mulheres e a convivência familiar. A Constituição Federal – CF e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA trazem a convivência familiar e comunitária como um direito da criança e do adolescente, e tanto a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, quanto a Política Nacional de Assistência Social – PNAS-2004, têm por eixo constituinte a matricialidade sócio-familiar.

9. É certo que a criança não pode ser submetida a risco em sua integridade física e a sua saúde e é obrigação do Estado evitar qualquer violação de seus direitos. Há de se considerar, no entanto, que, para sua proteção, a legislação brasileira estabelece determinados trâmites nos quais prioriza a convivência familiar através do contato com a família de origem, natural ou extensa. Cabe destacar que, no Brasil, a legislação voltada para a criança e o adolescente tem como base a *doutrina da proteção integral*, segundo a qual crianças e adolescentes são considerados *sujeitos de direitos* e, na sua relação com os adultos, não podem ser tratados como seres passivos, subalternos ou meros objetos⁴ ou posse de seus pais.

10. A partir do ECA, identifica-se que o direito à convivência familiar visa propiciar a crianças e adolescentes ambiente que garanta proteção, cuidado e afeto necessários ao seu desenvolvimento. Nesse sentido, o Estado deve assegurar os cuidados que contemplem as escolhas das pessoas envolvidas, dentre elas a manutenção do convívio entre mãe e filho, sempre que isso represente o melhor interesse da criança, não constituindo a falta de recursos materiais, eventualmente demonstrada pela situação de rua, motivo em si para a separação familiar⁵. Ao mesmo tempo – e também para tal garantia –, as ações em Saúde devem acentuar cuidados em algumas fases como a gestacional⁶. Nesse sentido, cabe citar o artigo 23 do ECA:

Art. 23. A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

§ 1º Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção.

11. Destaca-se, ainda, que o ECA aponta a excepcionalidade da medida de acolhimento institucional da criança/adolescente, devendo esta ser necessariamente precedida do esgotamento das possibilidades de sua manutenção segura junto à família de origem, nuclear ou extensa, a qual deverá receber apoio e orientação e ter acesso a serviços e benefícios que se fizerem necessários. Nesse sentido, é importante ressaltar que o artigo 19 do ECA, que vinha sendo utilizado como base jurídica para o afastamento de mães que fazem uso de álcool e/ou crack/outras drogas de seus filhos sem avaliação criteriosa de cada caso, foi modificado com a publicação do Marco Legal da Primeira Infância (Lei no 13.257/2016). Esse artigo passou a vigorar com a seguinte redação:

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

§ 3º A manutenção ou a reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência, caso em que será esta incluída em serviços e programas de proteção, apoio e promoção, nos termos do § 1o do art. 23, dos incisos I e IV do caput do art. 101 e dos incisos I a IV do caput do art. 129 desta Lei.

12. Ainda no que se refere à aplicação da medida de acolhimento, tanto o ECA quanto o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária – PNCFC (Resolução conjunta CNAS/CONANDA n° 01/2006 e alterações constantes da lei 12.010/2009) e as Orientações técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (Resolução conjunta CNAS/CONANDA n° 01/2009), ressaltam a necessidade de que tal medida seja baseada em uma criteriosa avaliação, realizada por equipe multidisciplinar, dos riscos a que está submetida a criança e das condições da família para a superação das violações e o provimento de proteção e cuidados, bem como os recursos e potencialidades da família extensa e da rede social de apoio.

13. O PNCFC destaca que:

É preciso, ainda, ter em mente que a decisão de retirar uma criança de sua família terá repercussões profundas, tanto para a criança, quanto para a família. Trata-se de decisão extremamente séria e assim deve ser encarada, optando-se sempre pela solução que represente o melhor interesse da criança ou do adolescente e o menor prejuízo ao seu processo de desenvolvimento.

14. É importante ressaltar que, mesmo decidindo-se pelo afastamento da criança ou adolescente da família, deve-se perseverar na atenção à família de origem, de forma que possam ser superados os motivos que levaram ao acolhimento e possa ser promovida a reintegração familiar, sempre que possível. Nos casos em que for constatada a impossibilidade de reintegração familiar, o ECA indica a necessidade de envio de relatório fundamentado ao Ministério Público, no qual conste a descrição pormenorizada das providências tomadas e a expressa recomendação, pela equipe técnica que acompanha o caso, para o encaminhamento para adoção. Também nesse sentido, o PNCFC destaca que “ainda que condicionado a uma decisão judicial, o afastamento da criança ou do adolescente da sua família de origem deve advir de uma recomendação técnica, a partir de um estudo diagnóstico, caso a caso.”

15. Cabe citar, ainda, algumas posições expressas no PNCFC por sua relação com a situação em tela:

- O PNCFC ressalta a necessidade de políticas preventivas que proporcionem a permanência segura da criança e do adolescente com sua família de origem.
- Em relação à adoção, se, por um lado, o Plano defende que deve ser medida excepcional, realizada quando esgotadas as possibilidades de reintegração à família de origem, por outro lado, indica que não deve ser assumida uma postura de defesa intransigente dos laços biológicos, mas sim de laços afetivos e estruturantes para o desenvolvimento da personalidade da criança e do adolescente, devendo-se avaliar as situações caso a caso, tendo sempre como princípio norteador básico o melhor interesse da criança e do adolescente.

Atendimento às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

16. As mulheres e adolescentes em situação de rua, via de regra, encontram inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos. Isso decorre de várias ausências, tais como de informação, de documentação, de endereço convencional etc. No âmbito do SUS, gestores e profissionais de saúde precisam estar atentos a essas especificidades, atuando na eliminação dessas barreiras e garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Dentre esses, a Estratégia Saúde da Família, os Consultórios na Rua, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são estratégicos.

17. Em âmbito internacional, o Brasil é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (Pequim, 1995), cujos objetivos estratégicos⁷ na área da saúde englobam a promoção e proteção dos direitos das mulheres e o acesso a serviços de atenção primária e atendimento à saúde sexual e reprodutiva de qualidade.

18. No âmbito nacional, cabe destacar a Lei Federal n. 8.080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, estabelecendo que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Art. 2o) sob as diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

19. No acompanhamento das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou com uso abusivo de uso de álcool e/ou crack/outras drogas, é essencial garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, dentre os quais se destacam seu direito de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.

20. Nesse sentido, é necessário que se promovam ações de planejamento sexual e reprodutivo, por meio da disponibilização de orientações, informações e métodos contraceptivos, respeitando sua autonomia, e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Essas ações também devem envolver o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids, assim como acesso a exames, testes rápidos, profilaxia pós-exposição (PEP), diagnóstico e tratamento de IST/HIV/Aids em tempo oportuno.

21. Há distintos grupos populacionais que têm seus direitos humanos violados em função do exercício da sexualidade e outros cujas práticas sexuais com finalidade reprodutiva são discriminadas, como é o caso das pessoas com deficiência, privadas de liberdade, em situação de rua, adolescentes, dentre outros. É fundamental o reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos(as), que devem ser garantidos pelo Estado⁸.

22. É necessário, ainda, que profissionais de saúde e de assistência social que realizam o acompanhamento de mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas identifiquem e prestem atendimento integral e humanizado nas situações em que elas têm seus direitos sexuais e humanos violados. Especificamente no setor saúde, as instituições envolvidas na atenção às pessoas em situação de violência sexual devem assegurar cada etapa do atendimento que for necessária. Isso inclui medidas de prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação, tratamento de eventuais agravos e impactos resultantes da violência sobre a saúde física e psicológica. Caso exista gravidez decorrente de violência sexual, orientá-las sobre o direito à interrupção legal da gestação e a vinculação a ações e serviços de saúde⁹. Também deve atentar ao tempo particular que a mulher pode precisar para relatar as vivências de violência e à importância do vínculo para a relação terapêutica, respeitando seu tempo para tomar decisões sobre seu

itinerário terapêutico e para construir conjuntamente seu plano de cuidados, caso ela queira. Os profissionais precisam conhecer a rede intersetorial de seu município para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades das redes: Serviços da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (GRAM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros.

23. Quando se tornam gestantes, as mulheres e adolescentes em situação de rua, assim como todas as outras mulheres, apresentam demandas de saúde importantes e mais específicas que precisam ser atendidas. Nesse escopo incluem-se: o acompanhamento da gestação por meio do pré-natal; a disponibilização de orientações sobre os cuidados necessários nessa fase; a vinculação ao local do parto; a garantia de acesso qualificado a esse local e a um parto humanizado; a atenção à criança recém-nascida e a continuidade da atenção à mulher no puerpério, incluindo o planejamento reprodutivo pós-parto; as articulações intersetoriais necessárias de acordo com suas demandas, por exemplo, o acompanhamento por serviços socioassistenciais, o recebimento de benefícios ou transferência de renda, conforme o caso, e a inserção em programas habitacionais, dentre outros.

24. Tão ou mais enfática deve ser a oferta de cuidados nos casos de gestantes adolescentes – dada a *condição peculiar de desenvolvimento* (art. 6º, Estatuto da Criança e do Adolescente) em que se encontram, necessitando de cuidados à saúde diferenciados e de proteção integral.

25. Sabe-se que nem todas as mulheres que estão em situação de rua fazem uso de álcool ou crack/outras drogas. Para as que utilizam essas substâncias, é fundamental um direcionamento cauteloso de ações que construam, conjuntamente com as mulheres, a oportunidade de se desenvolver hábitos, modo e estilo de vida mais saudáveis - sozinha ou em parceria familiar. Esse tipo de intervenção possibilitará a essas mulheres e adolescentes ressignificarem as escolhas sobre o que lhes afeta e por elas é desejado.

26. Destaca-se que a eventual condição gestante ou nutriz não enseja a relativização ou flexibilização dos direitos, inclusive de autonomia e liberdade¹⁰. Ademais, a vulnerabilidade social em que se encontram tais populações não pode ser utilizada como condicionante para a manutenção ou eliminação de direitos fundamentais. Assim, a não submissão de mulheres que exercem o direito de escolher fazer uso de álcool e/ou crack/outras drogas, aos cuidados em saúde, ainda que gestantes ou nutrízes, não pode interferir no seu acesso com qualidade aos serviços de saúde e assistência social, quando assim desejar.

27. Ao mesmo tempo, é preciso garantir os direitos das mulheres de decidirem manterem ou não a guarda da criança, não cabendo aos profissionais qualquer julgamento, mas propiciar o apoio necessário para uma escolha consciente, desde que seja garantida a segurança e bem estar da criança, entendendo que este é um momento crítico de suas vidas e uma situação que exige um processo de amadurecimento da decisão.

28. Para serem efetivas, as ações para o fortalecimento das mulheres e adolescentes, para a proteção de seus direitos, dos direitos dos recém-nascidos, bem como para a criação de condições dignas que lhes proporcionem acompanhar o desenvolvimento e a educação de suas crianças, precisam traduzir-se em ações em rede. Tais ações devem ocorrer de forma integrada e articulada, envolvendo vários setores (saúde, assistência social, segurança pública, conselhos, representações da população de rua, defensoria pública e outros), orientados e sensibilizados para atuar sempre com base na garantia dos direitos humanos de mulheres, adolescentes e crianças.

29. Caso seja identificada qualquer situação que vulnerabilize a mulher ou a criança durante o pré-natal, o parto ou o puerpério, devem ser acionados os órgãos responsáveis para assegurar a atenção à gestante e sua rede de apoio, uma gravidez e um parto saudáveis, evitando a necessidade de futuro rompimento do vínculo mãe e filho(a) após o nascimento da criança.

30. Nesse sentido, é importante que os gestores propiciem espaços de acolhida e escuta qualificada para as mulheres e seus(suas) filhos(as) onde estes sejam cuidados nos momentos de vulnerabilidade durante a gravidez e após a alta da maternidade. Esses espaços não devem ser cerceadores de direitos ou punitivos. Devem ser espaços que podem transitar entre a Saúde e a Assistência Social, promovendo o cuidado compartilhado da criança com a mulher, caso seja necessário, e assegurando ações que garantam a proteção desses sujeitos, assim como a possibilidade das mulheres vivenciarem outras formas de sociabilidade, caso desejem.

31. Em relação aos serviços de acolhimento voltados para esse público, destaca-se a necessidade de atuação conjunta da área de assistência social, da área de saúde mental e de saúde da mulher e da criança, tendo em vista a necessidade de se abordar tanto a questão da exclusão social e defesa de direitos, como as necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas, bem como a garantia da saúde tanto da mãe quanto da criança. Dessa forma, ressaltamos a importância de que, para o bom êxito de um serviço que realize o acolhimento conjunto de mulheres usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos, faz-se necessário que, além de proteção social e construção da autonomia, a metodologia do serviço também englobe questões relativas às necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas e ao fortalecimento do vínculo e do cuidado, possibilitando à mãe incluir no seu projeto de vida o seu papel de cuidado, proteção e afeto em relação ao(s) filho(s) e garantindo a proteção e o desenvolvimento saudável da criança.

32. Frente a essas considerações, gestores e profissionais de saúde e de assistência social precisam reconhecer o papel fundamental do SUS e do SUAS na promoção de ações e nas articulações intersetoriais necessárias. No âmbito federal, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome disponibilizarão o presente documento com diretrizes e fluxograma. Esse tem como objetivo principal fortalecer a atenção e possibilitar alternativas de promoção e defesa dos direitos de mulheres, das suas crianças e famílias, dentro dos parâmetros legais vigentes, preservando o direito à integridade física e psicossocial das mulheres e crianças nos seus contextos familiares.

Brasília-DF, 10 de maio de 2016.

Alberto Beltrame

Secretário de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde

Lenir Dos Santos

Secretária de Gestão Estratégica
e Participativa Ministério da Saúde

Ieda Castro

Secretária Nacional de Assistência Social
Ministério do Desenvolvimento Social
e Combate à Fome

Notas

1 Conforme Recomendações n. 5 e 6, de 2014, do Ministério Público de Minas Gerais.

2 Análise crítica sobre o instrumento da recomendação do ministério público ao Poder Executivo Federal. Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10946. Acesso em 20/07/2015.

3 *A Atuação do Ministério Público na Implementação de Políticas Públicas da área Ambiental*. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/ambiente/doutrina/id377.htm>. Acesso em 20/07/2015. Nesse sentido, o próprio documento ministerial explica: “a espontaneidade referida deve-se ao fato de que a recomendação ministerial não se impõe como ordem de coação: seu descumprimento não implica execução forçada, visto que não se constitui em título executivo”.

4 O princípio do melhor interesse da criança e do adolescente representa importante mudança de eixo nas relações paterno-materno-filiais, em que o filho deixa de ser considerado objeto para ser alçado a sujeito de direito, ou seja, a pessoa humana merecedora de tutela do ordenamento jurídico, mas com absoluta prioridade comparativamente aos demais integrantes da família de que ele participa. Cuida-se, assim, de reparar um grave equívoco na história da civilização humana em que o menor era relegado a plano inferior, ao não titularizar ou exercer qualquer função na família e na sociedade, ao menos para o direito. (GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. Princípios Constitucionais de Direito de Família: guarda compartilhada à luz da Lei 11.698/08, família, criança, adolescente e idoso. 1o ed. São Paulo: Atlas. 2008, p. 80.)

5 Art. 39. § 1o A adoção é medida excepcional e irrevogável, à qual se deve recorrer apenas quando esgotados os recursos de manutenção da criança ou adolescente na família natural ou extensa, na forma do parágrafo único do art. 25 desta Lei.

6 Art. 8o É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal. § 1o A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema./ § 2o A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal./ § 3o Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem./ § 4o Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal./ § 5o A assistência referida no § 4o deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar

7 i) proporcionar às mulheres serviços de atendimento primário à saúde mais acessíveis, econômicos e de qualidade, inclusive o atendimento à saúde sexual e reprodutiva que compreende serviços de planejamento familiar e informação a respeito, concedendo particular atenção aos serviços de maternidade e obstetria de emergência; ii) fortalecer e reorientar os serviços de saúde, em especial os de atendimento primário à saúde, com os objetivos de dar, às meninas e às mulheres, acesso universal a serviços de saúde de qualidade; iii) promover e proteger os direitos humanos das mulheres, por meio da plena implementação de todos os instrumentos de direitos humanos, especialmente a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. seus filhos para adoção. Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

8 Caderno de Atenção Básica 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

9 Destacam-se como legislação para essa pauta a Lei no 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, o Decreto no 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS e a Norma Técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde.

10 É o que impõe a Declaração de Direitos Humanos de Viena (1993), que dispõe que “Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados (...)” (Art. 50).

FLUXO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU USUÁRIAS DE ÁLCOOL E/OU CRACK/OUTRAS DROGAS E AOS SEUS(SUAS) FILHOS(AS) RECÉM-NASCIDOS(AS)

1. Busca ativa e abordagem inicial: deve ser planejada e efetivada conjuntamente entre as áreas de Saúde e Assistência Social uma ação de cuidado e proteção com mulheres em situação de vulnerabilidade, em situação de rua e/ou com necessidades de saúde e de proteção social decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas. Assim, deve ser desenvolvida uma estratégia de mapeamento conjunto dos territórios e locais onde se observa situações de necessidades de saúde e de proteção social decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas. Preferencialmente, essa abordagem inicial deve ser realizada conjuntamente pelo Serviço Especializado em Abordagem Social da política de Assistência Social e pela Atenção Básica de Saúde (equipes da Estratégia de Saúde da Família ou equipes do consultório na rua, onde houver esses serviços). O trabalho conjunto visa o conhecimento da situação, identificação das principais demandas de cada mulher, criação de vínculo e relação de confiança entre as mulheres e os profissionais/serviços. Para tanto, faz-se necessário uma postura respeitosa dos profissionais e contatos frequentes. A partir desse primeiro contato, se iniciará a atenção integral às mulheres, tanto no que se refere às demandas relacionadas à saúde, quanto à assistência social.

Nos casos de impossibilidade de ação conjunta de abordagem inicial entre os profissionais da Assistência Social e da Saúde, é importante a criação de estratégias locais de articulação entre as duas políticas, de modo que os serviços não trabalhem de forma isolada, garantindo uma avaliação multiprofissional e interinstitucional visando a integralidade do cuidado.

2. Atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas: i. na saúde, a atenção deve ser realizada na unidade básica de saúde e/ou no consultório na rua e deve garantir atenção integral às mulheres, com oferta de consulta ginecológica, atenção em saúde sexual e reprodutiva com orientações e oferta de métodos contraceptivos, dentre eles a anticoncepção de emergência. Também deve-se garantir a oferta de testes rápidos de HIV e Sífilis a fim de proporcionar diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e teste rápido de gravidez, assegurando o início do pré-natal o mais precocemente

possível. Em relação às situações de violência sexual, é necessário garantir acolhida respeitosa, profilaxia pós-exposição e encaminhamento para serviço de referência, se desejado pela mulher. Cabe destacar que, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, são direitos fundamentais do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado, não sendo necessária a presença de um responsável legal durante a consulta. Ainda, deve-se considerar o encaminhamento/acompanhamento e articulação com o Centro de Atenção Psicossocial e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família, conforme cada caso. No que se refere aos CAPS AD é importante considerar que há previsão de um médico clínico em sua equipe que pode, junto com a equipe, potencializar as ações de cuidado integral e articulação do cuidado tanto no contexto na Atenção Básica quanto no âmbito hospitalar. Ressalta-se, ainda, que a ausência de documentos não deve representar uma barreira de acesso para o cuidado, sendo necessária a discussão e articulação intersetorial para favorecer que as pessoas acessem todos os seus direitos.

ii. na assistência social, o atendimento deverá, preferencialmente, ter como referência o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), e/ou o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) com atenção às situações de vulnerabilidade, risco e exclusão social a que está submetida essa parcela da população. As mulheres e suas famílias devem receber apoio, orientação e acompanhamento direcionados para a promoção de direitos, para a preservação e fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais.

Deve-se atuar no fortalecimento e apoio às mulheres, diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam, buscando a resolução de necessidades identificadas e promovendo sua inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos. É importante garantir, ainda, atendimento e providências necessárias para a inclusão das mulheres e suas famílias em serviços socioassistenciais, benéficos e/ou em programas de transferência de renda, de forma a qualificar a intervenção e garantir seus direitos. O serviço deve articular-se com as atividades e atenções prestadas às mulheres e famílias nos demais serviços socioassistenciais, nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos do Sistema de Garantia e Defesa de Direitos.

3. Gravidez / Pré-natal:

i. na saúde, no acolhimento à mulher com teste/exame de gravidez positivo, deve-se considerar se esta gravidez é desejada ou indesejada e respeitar o desejo de escolha e autonomia das mulheres. No caso de gravidez indesejada, é importante identificar se esta resulta de violência sexual e garantir amparo legal no caso de desejo de interrupção da mesma. O acompanhamento pré-natal pode ser realizado pela UBS ou pela equipe de consultório na rua. Durante o pré-natal deve-se garantir a oferta dos exames preconizados, com resultado em tempo oportuno, vacinação e administração de medicamentos, caso necessário. Ainda, deve-se garantir a vinculação à maternidade de referência para o parto e/ou emergências obstétricas. Deve-se avaliar e classificar o risco da gestante e, de acordo com cada caso, encaminhar para serviço especializado de pré-natal de alto risco, articular com CAPS e NASF, acionar outros pontos da rede de saúde como a Casa da Gestante, Bebê e Puerpéra ou Unidade de Acolhimento.

ii. na assistência social, inicialmente, cabe destacar que a atenção à gestante em situação de risco social e/ou necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas ou situação de rua deve incluir, sempre que possível e com a concordância da mulher, sua família, de modo a ser incluída no acompanhamento. Tal ação visa contribuir para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, possibilitando a diminuição ou superação de comportamentos de risco, prevenindo situações de risco para a criança ao nascer e evitando-se, assim, a necessidade futura de acolhimento da criança. A atenção à família deve também, sempre que possível, buscar fortalecer/reconstruir os laços familiares e comunitários, de modo que a família extensa possa vir a apoiar a mulher também quando do nascimento da criança, propiciando a proteção, cuidado e afeto necessários ao recém nascido. Destaca-se que a atenção qualificada às mulheres e suas famílias exige uma compreensão complexa da questão: julgamentos, culpabilizações e posturas moralistas devem ser evitadas.

4. Nascimento e atenção ao recém-nascido: é importante que a mulher seja acolhida e acompanhada na maternidade por uma equipe multiprofissional. Durante o trabalho de parto, a mulher deve ter garantido o direito a acompanhante de sua livre escolha (conforme Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005), a liberdade de movimentação e de escolher a posição mais confortável para parir e não deve permanecer em jejum prolongado ou ser submetida a intervenções desnecessárias. O cuidado deve ser prestado conforme diretrizes de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com ausculta dos batimentos cardíacos fetais e cuidados para garantir o bem-estar materno e fetal. Os cuidados ao recém-nascido também devem seguir as recomendações do protocolo específico do Ministério da Saúde de garantir o contato pele a pele, o clameamento oportuno do cordão umbilical e a amamentação na primeira hora de vida (desde que não haja contraindicação devido a existência de doenças transmitidas por meio do aleitamento). Deve-se garantir a alta responsável da criança, não devendo a mesma permanecer internada sem necessidade. Nos casos de prematuridade e/ou malformações, é importante que a criança seja acompanhada por um especialista. Sempre que possível, deve-se buscar respeitar o direito de escolha de ficar ou não com a criança, garantindo o amadurecimento e o apoio para a tomada de decisão a fim de que a mulher tenha clareza e certeza da mesma. Caso haja o desejo de ficar com a criança, deve-se avaliar quais condições que a mulher dispõe para ofertar o cuidado, proteção e afeto de que a criança necessita para seu bom desenvolvimento, preferencialmente com o apoio do pai da criança ou da família extensa na prestação desses cuidados. Na impossibilidade da mãe prestar os cuidados necessários ao filho, ao passo que esta mãe também deve receber atenção e ter acesso aos serviços e programas disponíveis, deve ser verificada a possibilidade desse cuidado ser prestado na família extensa. Nesse caso, deve-se verificar a existência de pessoa da família extensa com condições e desejo de prestar tais cuidados (com o apoio, orientação e acompanhamento dos serviços que se fizerem necessários e, quando for o caso, com o recebimento de benefícios). Destaca-se que, sempre que possível, a identificação e acompanhamento da família extensa, bem como o fortalecimento do vínculo entre esta e a gestante deve ser iniciado pelo PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos) e/ou pelo PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento a Famílias e Indivíduos) e pelas equipes de Saúde da Família ou Consultório na Rua ainda durante o período de gestação).

Quando se fizer necessário – nos casos em que houver avaliação técnica de que isso também representa o melhor interesse da criança – mãe e filho(a) podem ser encaminhadas a um serviço de acolhimento do SUS ou do SUAS que acompanhe ou compartilhe temporariamente com a mãe o cuidado à criança.

Nos casos em que as necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas se mostrarem expressivas, a mulher deve ter garantido o direito ao acesso ao CAPS ou aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no município. A partir do acolhimento da usuária no CAPS e a pactuação de seu Projeto Terapêutico Singular com a equipe e seu técnico de referência, a Unidade de Acolhimento, que é um recurso dos CAPS, poderá ser acionada para o acolhimento transitório, cujo tempo de permanência será definido e avaliado pelos profissionais da equipe do CAPS responsáveis pelo Projeto Terapêutico Singular da usuária. Tal recurso deve ser adaptado ao atendimento de gestantes e/ou mães com recém-nascidos, contando também com apoio e orientação às mães no cuidado com os bebês. Durante esse período, as equipes da Assistência Social devem atuar de forma articulada com a unidade de acolhimento no trabalho sociofamiliar junto à mulher e sua família, com vistas à possibilitar a reintegração familiar (caso seja o desejo da mulher) ou possibilidade de vida autônoma após o desligamento. Após o desligamento da unidade de acolhimento do SUS, deve-se avaliar as condições da mulher para cuidar da criança de forma autônoma ou com apoio da família extensa. Quando isso não for possível, mãe e bebê podem ser encaminhados a um serviço de acolhimento do SUAS para adultos e famílias, com metodologia específica para o fortalecimento de vínculos e orientação quanto à prestação de cuidado e proteção à criança. É importante que tal serviço conte com apoio da Rede de Atenção Psicossocial do SUS no acompanhamento à mãe, de acordo com as prerrogativas da atenção de base territorial e comunitária.

Nos casos em que as necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas se mostrarem secundárias, a mulher e seu filho podem ser encaminhados diretamente ao serviço de acolhimento do SUAS, com acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.

Em todos os casos, a UBS e/ou o consultório na rua devem acompanhar o crescimento/desenvolvimento da criança por meio de visitas institucionais ou domiciliares intensivas ou consultas periódicas, mantendo contato permanente com os serviços do SUAS que estiverem acompanhando a família.

A oferta de serviços de saúde e/ou assistência social que acompanhem ou compartilhe com a mãe o cuidado à criança deve ser garantida pelos gestores, a fim de proporcionar, sempre que possível, o não rompimento dos vínculos familiares e garantir o cuidado e proteção que a criança necessita, prevenindo situações de abandono, negligência e violência em relação à criança.

Cabe ressaltar a necessidade de avaliação técnica multi-setorial prévia a qualquer decisão que implique medida de acolhimento, suspensão ou destituição do poder familiar. Tal avaliação deve ter por base um acompanhamento da família e a verificação da possibilidade ou não da mãe e/ou do pai de prover os cuidados, proteção e afeto que um recém-nascido necessita.

5. Atenção às mulheres:

- i. na saúde: após o parto, a mulher deve receber orientações, apoio e avaliação em relação ao puerpério, planejamento sexual e reprodutivo e amamentação. A UBS e/ou o consultório na rua devem realizar consultas ou visitas que visem ao atendimento das necessidades de saúde da puérpera, dentre elas a oferta de métodos contraceptivos.
- ii. Na assistência social: a mulher tem direito a continuar recebendo atendimento no CREAS (PAEFI), no CRAS (PAIF) ou no Centro Pop, a depender das particularidades de cada caso.

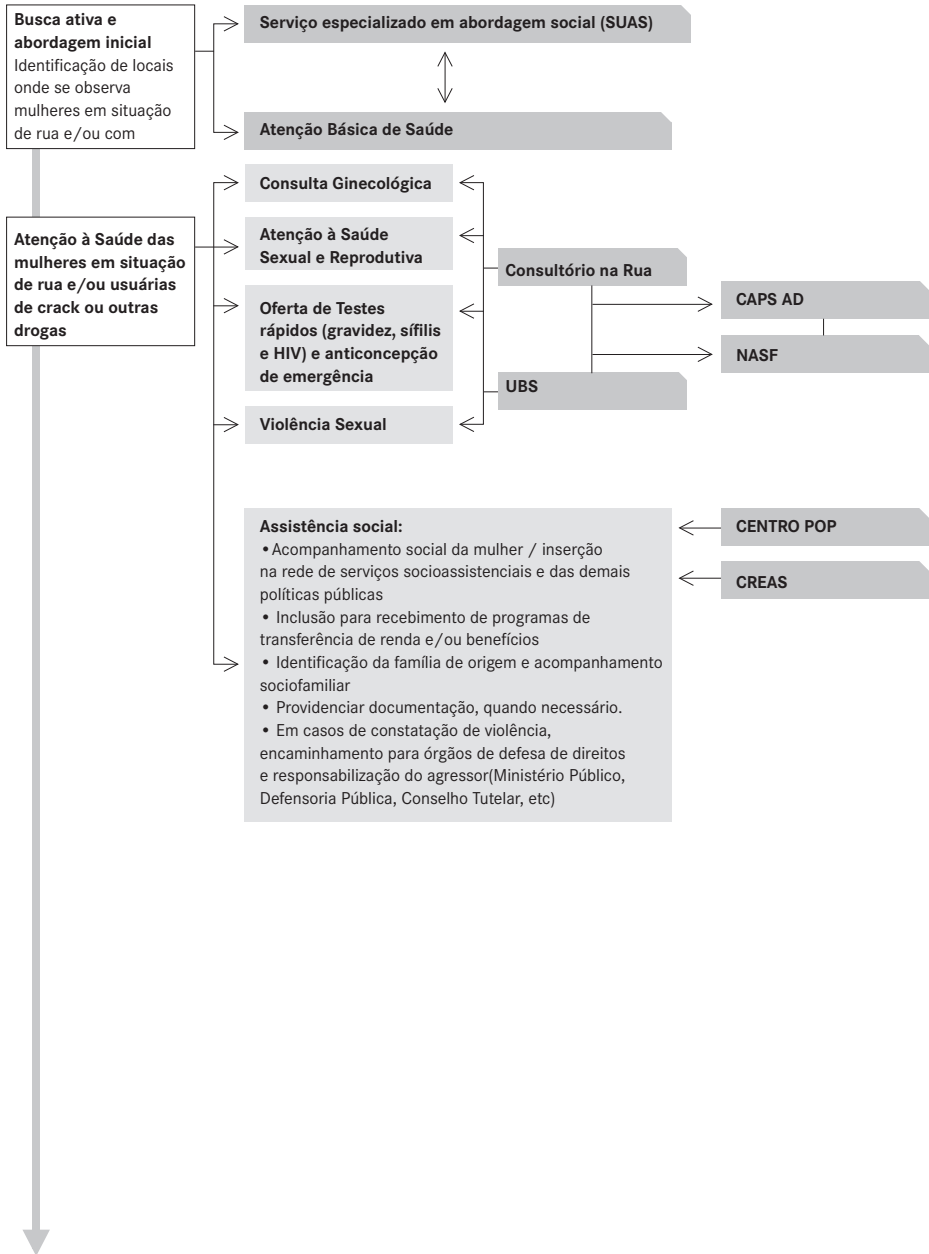
Recomenda-se a leitura das seguintes publicações do Ministério da Saúde:

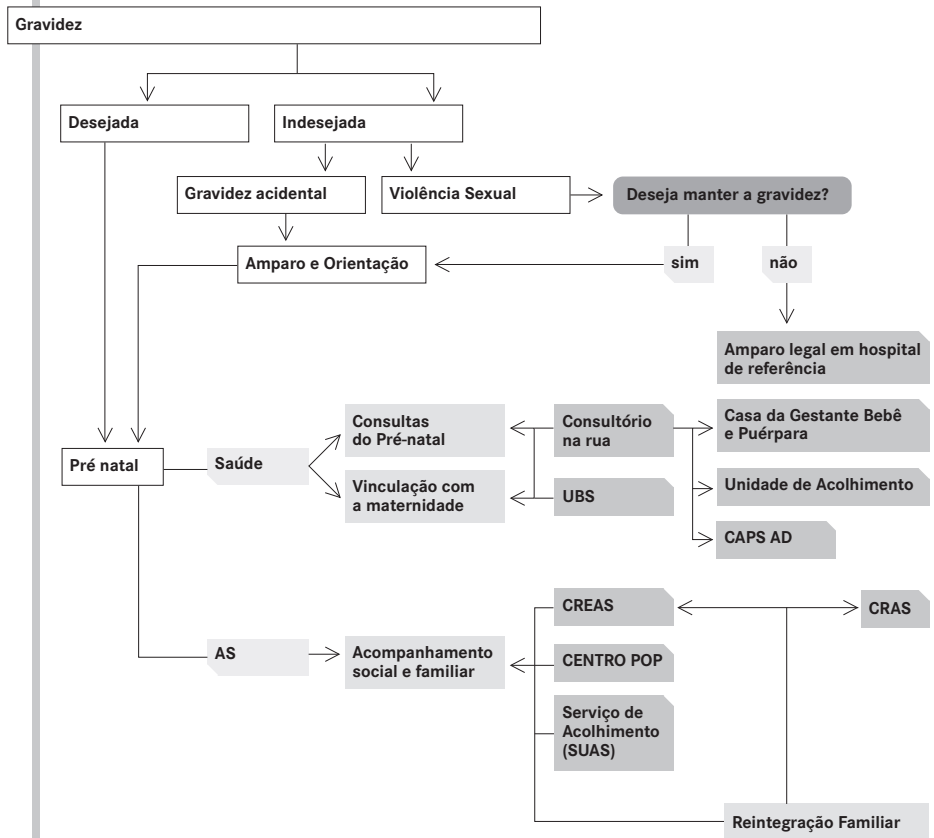
- Saúde da população em situação de rua: um direito humano (2014)
- Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua (2012)
- Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (2010)
- Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde (2011)
- Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde (2005)
- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica (2012)
- Caderno de Atenção Básica no26 – Saúde Sexual e Reprodutiva (2010)
- Guia técnico – teste rápido de gravidez na atenção básica (2013)
- Caderno de Atenção Básica no32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco (2012)
- Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher (2001)
- Caderno HumanizaSUS v. 4 - Humanização do parto e do nascimento (2014)
- Caderno de Atenção Básica no33 - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (2012)
- Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD* (2015)

Recomenda-se a leitura das seguintes publicações do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome:

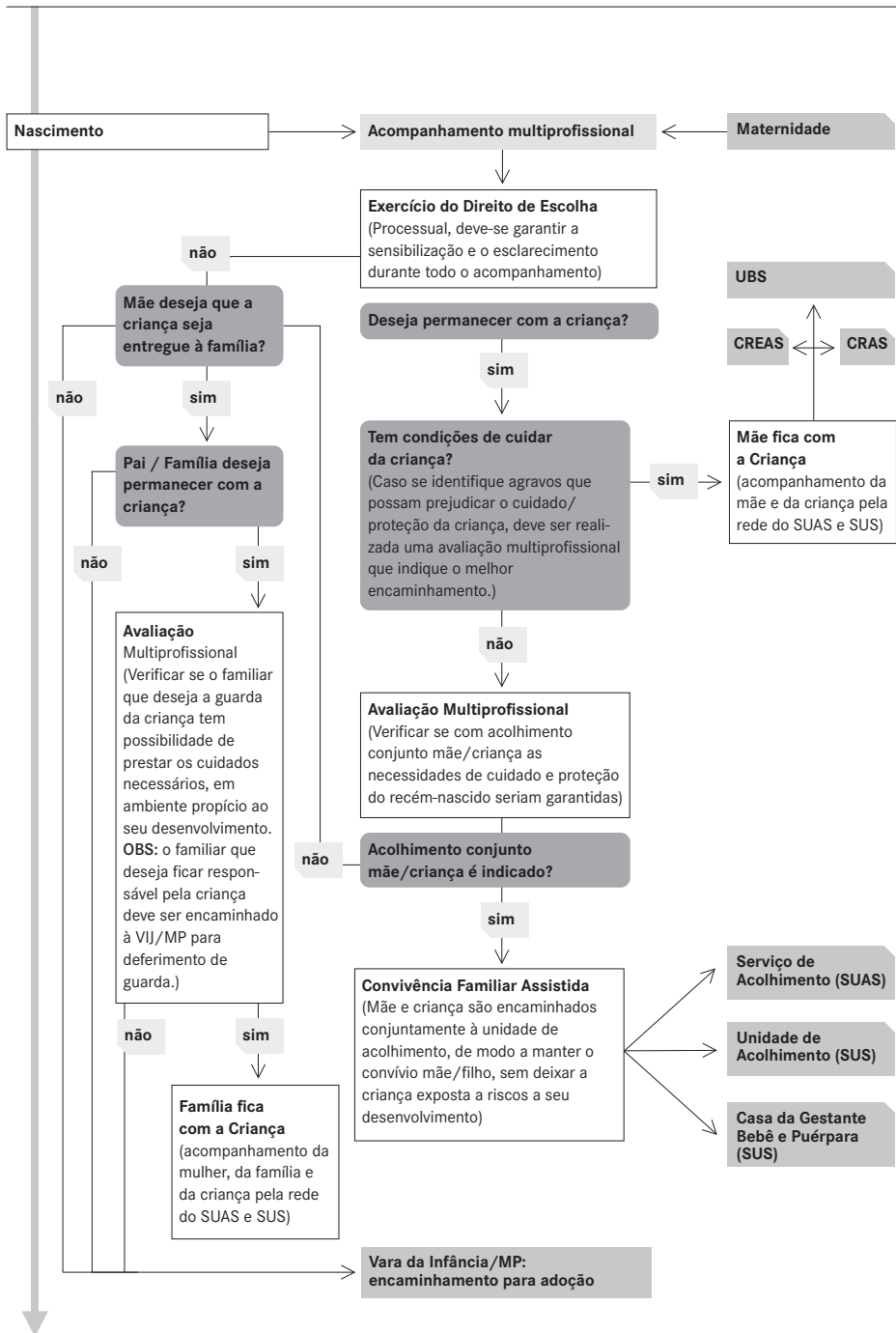
- Inclusão das Pessoas em Situação de rua no cadastro único para Programas Sociais do Governo Federal
- Cartilha: SUAS um Direito de Todos
- Perguntas e Respostas do Serviço de Abordagem Social
- Perguntas e Respostas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS
- Perguntas e Respostas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)
- Perguntas e Respostas: serviços de acolhimento para adultos e famílias
- Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)
- Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS
- Orientações Técnicas sobre o PAIF – Volume 1
- Orientações Técnicas sobre o PAIF – Volume 2
- Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS
- Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua
- Tipificação Nacional de Serviços socioassistenciais (Resolução CNAS no 109/2009)
- Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (Resolução Conjunta CNAS/CONANDA no 01/2009) <http://mds.gov.br/Plone/central-de-conteudo/assistencia-social/publicacoes-assistencia-social/>

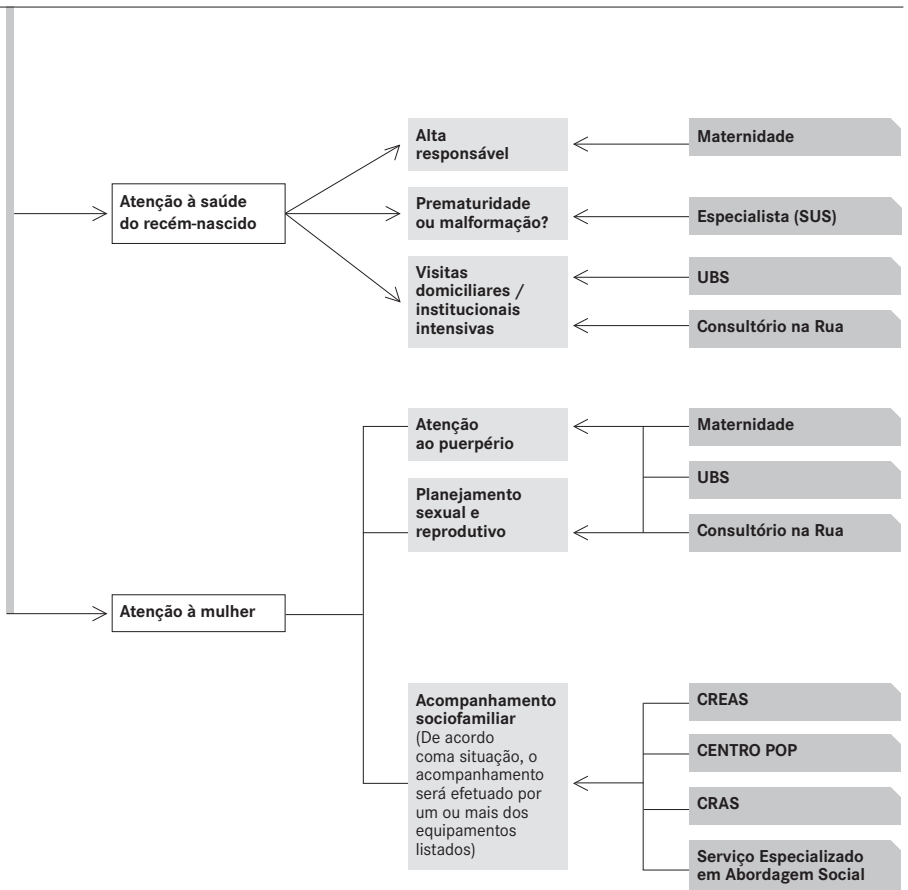
FLUXO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU USUÁRIAS DE ÁLCOOL E/OU CRACK/OUTRAS E AOS SEUS(SUAS) FILHOS(AS) RECÉM-NASCIDOS





Em caso da gestante manifestar desejo de entregar o filho para adoção, deve receber apoio psicológico e orientação quanto às consequências da medida e das possíveis opções, para que possa realizar uma escolha consciente. Também deve ser orientada quanto aos trâmites legais e à necessidade de e encaminhamento ao judiciário e MP para entrega formal da criança, após o nascimento.





Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade
de São Paulo: relatório de pesquisa /
Janaína Dantas Germano Gomes, coordenadora;
Renato Nunes Dias, editor. –
São Paulo: Lampião Conteúdo e Conhecimento, 2017.

Na pág.de rosto: Clínica de Direitos Humanos
Luiz Gama; Prioridade Absoluta
Vários colaboradores.
Bibliografia.

ISBN 978-85-53023-00-4

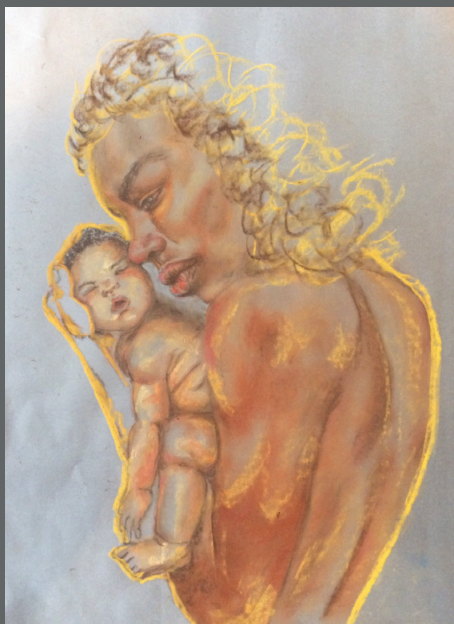
1. Acolhimento familiar
2. Crianças - Direitos
3. Crianças em situação de rua - São Paulo (Cidade)
4. Drogas
5. Gestantes
6. Mães e bebês
7. Mulheres - Direitos
8. Mulheres em situação de rua - São Paulo
(Cidade)
9. Proteção à infância
10. Proteção à maternidade
 - I. Gomes, Janaína Dantas Germano.
 - II. Dias, Renato Nunes.

18-13287

CDD-362.82

Índices para catálogo sistemático:

1. Famílias: Acolhimento: Proteção à maternidade
e primeira infância: Mulheres e crianças em
situação de rua: Direitos: Bem-estar social
362.82



Mariana Reyna

Ilustração

Pastel seco sobre cartão vegetal

2017

Este relatório apresenta aspectos da realidade enfrentada por mães e gestantes em situação de rua na cidade de São Paulo.

Buscamos promover a reflexão acerca do percurso dessas mulheres no exercício da maternidade e na proteção dos direitos das mulheres e das crianças.

ISBN 978-85-53023-00-4



9 788553 023004