

HISTÓRIAS NÃO CONTADAS: MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS QUE PERDERAM A GUARDA DOS FILHOS RECÉM-NASCIDOS

UNTOLD STORIES: WOMEN DRUG USERS WHO LOST CUSTODY OF THEIR NEWBORN CHILDREN

Gediane Laurett Neves RANGEL * 

Resumo: Este artigo mostra que a determinação judicial de acolhimento de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas se dá por influência de ideologias conservadoras que historicamente orientam a intervenção do Estado brasileiro sobre famílias pobres. Trata-se de pesquisa documental que traçou o perfil de 15 mulheres-mães usuárias de drogas, referenciadas em Vitória, que tiveram os recém-nascidos acolhidos entre os anos de 2008 e 2017. São mulheres pobres, negras, fortemente subjugadas ao padrão ideal de boa mãe, ao qual elas não correspondem. Mostramos ainda que apesar de transitarem nos serviços de Saúde e Assistência Social do Município, a maioria das mulheres nunca recebeu acompanhamento sistemático. A retirada dos bebês de suas famílias, ainda que sob o discurso de proteção da criança, funciona como mecanismo de punição à mulher, não só pelo uso de drogas, mas também por sua precária condição de existência, que o Estado deveria, mas não provê.

Palavras-chave: Acolhimento Institucional. Maternidade. Drogas Ilícitas.

Abstract: This paper shows that the legal decision to take in newborns of women that are illicit drug users is due to the influence of conservative ideologies that historically guide the intervention of the Brazilian State with poor families. This is a documentary research that traced the profile of 15 women-mothers drug users referenced in Vitória, who had their newborns taken by the State between 2008 and 2017. They are poor, black women, strongly subjugated to the ideal standard of good mother, to which they do not corresponded. We also show that, despite transiting through the Municipality's Health and Social Assistance services, most women have never received systematic follow-up. The babies were removed from their families, even under the child protection discourse, works as a punishment mechanism for women, not only for the use of drugs, but also for their precarious condition of existence, which the State should, but does not provide.

Keywords: Institutional greeting. Motherhood. Illicit drugs.

Submetido em 06/12/2021.

Aceito em 21/12/2021.

*Mestre em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Assistente Social no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (EBSERH/HUCAM/UFES). E-mail: gedianelnrangel@yahoo.com.br



© O(s) Autor(es). 2020. Acesso Aberto. Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição - Não Comercial 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR).

1. INTRODUÇÃO

A perda da guarda legal dos filhos de mulheres usuárias de drogas (especialmente o crack) tem mobilizado o debate em torno das implicações dessa decisão. Notícias veiculadas na mídia nacional dão conta de que, como resposta à questão, o Estado brasileiro vem determinando o acolhimento institucional de filhos de puérperas usuárias de *crack* em vários estados, entre eles o Espírito Santo.

Este artigo apresenta o perfil de 15 mulheres usuárias de drogas, mães de 17 recém-nascidos que receberam medida de acolhimento institucional desde a Maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) entre os anos de 2008 e 2017, cujos processos tramitam ou tramitaram na Vara da Infância e Juventude de Vitória.

Trata-se de pesquisa documental que recorreu a cinco fontes documentais: os registros das assistentes sociais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), os prontuários das mulheres e dos recém-nascidos no HUCAM, os prontuários eletrônicos da Rede Bem Estar, os registros eletrônicos do Sistema de Gerenciamento da Atenção à Família (SIGAFWeb) e os processos judiciais que tramitam/tramitaram na 1ª Vara do Juizado da Infância e Juventude de Vitória. Também foram utilizados dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Habitação de Vitória sobre o acesso das mulheres que tiveram os bebês acolhidos aos programas habitacionais do Município¹.

O artigo está dividido em duas seções: na primeira discutimos a construção histórica do modelo idealizado de “boa mãe” e como o acolhimento institucional de crianças, ainda que apregoado como medida de proteção, constitui mecanismo de punição às mulheres pobres usuárias de drogas que não correspondem a este padrão. Na segunda seção apresentamos o perfil das mulheres usuárias de drogas participantes da pesquisa, bem como discutimos dados de acesso à rede de serviços do Município de Vitória antes e após o parto.

2. FAMÍLIA, MATERNIDADE E DROGAS

O Art. 226 da Constituição Federal afirma que "A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado" (BRASIL, 1988, sem paginação). Apesar disso, temos que a intervenção estatal sobre as famílias vai se estruturando de modo a exigir delas alto grau de responsabilidade sobre seus membros. Tal processo é mediado por um contexto de retração das políticas sociais sob a égide neoliberal.

¹A pesquisa foi realizada segundo as orientações da Resolução 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), que dispõe sobre as normas éticas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, a pesquisa foi aprovada sob parecer substanciado número 2.759.402. Em observância ao sigilo da identidade dos sujeitos participantes da pesquisa, todos os nomes apresentados neste artigo são fictícios.

É nesse contexto que as famílias têm sido pressionadas a assumirem um papel substitutivo em relação ao sistema de direitos sociais, num movimento que Miotto (2016) chamou de “responsabilização das famílias”.

Para identificar e classificar essas famílias, trabalhadores sociais, especialmente assistentes sociais e psicólogos, têm sido cada vez mais requeridos. A categorização das famílias como capazes e incapazes “se encontra fortemente arraigada tanto no senso comum quanto nas propostas dos políticos e dos técnicos responsáveis pela formulação de políticas sociais e organização de serviços” (MIOTTO, 2008, p. 51). Dessa abordagem deriva a responsabilização e culpabilização dos sujeitos, ao invés da concepção de que a família “tem o direito de ser assistida para que possa desenvolver, com tranquilidade, suas tarefas de proteção e socialização das novas gerações, e não penalizada por suas impossibilidades” (MIOTTO, 2008, p. 57).

Neste contexto, mantêm-se as expectativas relacionadas aos papéis típicos de uma concepção funcionalista de família, na qual a mulher-mãe é responsável pelo cuidado e educação dos filhos e o homem-pai, pelo provimento e exercício da autoridade (MIOTTO, 2008). Como consequência, o papel da mãe tem sido considerado como central no contexto dos serviços de proteção infantil, sendo a responsabilidade materna um dos aspectos mais enfatizados nos processos e dossiês do sistema de proteção à infância e juventude (SOUZA, 2004). Para Miotto (2008), isto se deve à concepção hegemônica do feminino associado ao cuidado, especialmente ao cuidado materno.

É preciso considerar, no entanto, que a maternidade, compreendida como construção histórica que envolve múltiplas dimensões (econômicas, sociais, culturais, médicas, jurídicas, entre outras), não atinge da mesma forma todas as mulheres, em todas as épocas, países e culturas (SCAVONE, 2001).

A concepção de “boa mãe” que temos atualmente deriva de uma revolução das mentalidades ocorrida no século XVIII, a partir da qual a imagem da mãe, seu papel e importância modificaram-se radicalmente (BADINTER, 2005). Este modelo se consolidou e perpetua uma ideologia que passou a exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações na criação dos filhos e limitando a função social feminina à realização da maternidade (SCAVONE, 2001). Por esta concepção, ao se ocuparem do cuidado dos outros – especialmente dos filhos, as mulheres realizam sua vocação natural.

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

Segundo as autoras, o uso de drogas por mulheres tem socialmente um limite: elas podem fazê-lo, mas sem transborde. Cabe às mulheres conter o uso dentro do que seja considerado apropriado. Por este prisma, o uso excessivo coloca-se no patamar da individualidade, podendo ser corrigido a partir da vontade.

A falta dessa vontade é condenável e considerada imperdoável (LEAL; CALDERON, 2017). A pena pode ser a perda da guarda dos filhos recém-nascidos.

Do ponto de vista legal, o acolhimento institucional está previsto como medida de proteção à criança e ao adolescente no Art. 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990)². O Parágrafo 1º do referido artigo prevê que o acolhimento institucional é uma medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a reintegração familiar, ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta (BRASIL, 1990).

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

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

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

A Lei 13.257/ 2016, conhecida como “Marco Legal da Primeira Infância”, no entanto, alterou o referido artigo, dando a ele a seguinte redação: “É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral” (BRASIL, 2016).

Digiácomo (2016) considera que a alteração da Lei evita distorções na sua interpretação e aplicação, diminuindo o risco do afastamento sistemático de crianças e adolescentes de suas famílias. Nós entendemos, no entanto, que nenhuma Lei pode garantir isto porque a prática de acolhimento institucional no Brasil está arraigada a uma profunda concepção de incapacidade das famílias pobres para cuidarem dos seus filhos.

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

²Para fins deste trabalho consideraremos o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) com todas as alterações que sucederam ao texto original, entre elas as que foram introduzidas pela Lei 12.010, de 2009 (Nova Lei de Adoção), Lei 13.257, de 2016 (Marco da Primeira Infância) e a Lei 13.509, de 2017 (Novíssima Lei de Adoção).

Segundo Fávero (2007), diferentemente do antigo “Código de Menores”, o ECA buscou garantir direitos fundamentais e sociais a todas as crianças e adolescentes, independentemente da classe social a que pertencem. Todavia, “a Justiça da Infância e Juventude continua especializada no controle das particularidades da questão social e a pobreza continua como paisagem ou pano de fundo das ações que aí tramitam” (FÁVERO, 2007, p. 54). Isso porque a quase totalidade do contingente populacional que demanda os serviços judiciários na área da infância e juventude é aquela de baixa ou nenhuma renda e que sobrevive com problemas no atendimento de suas necessidades básicas, como alimentação, habitação, saúde, educação, lazer e segurança (FÁVERO, 2007).

Partindo deste entendimento, temos que o princípio da convivência familiar e comunitária previsto no ECA (BRASIL, 1990), e reafirmado no Marco da Primeira Infância (BRASIL, 2016), encontra-se comprometido pela equivocada concepção de que “*Não são os pais que necessitam de recursos para cuidarem de seus filhos, mas são os filhos que necessitam de recursos, uma vez que seus pais são incapazes de protegê-los e educá-los*” (MIOTO, 2008, p. 52, destaque da autora). Esta inversão parece ser o que vem ocorrendo com as mães usuárias de drogas que tiveram os filhos acolhidos. Ao falar em proteção aos filhos, não se fala na desproteção em que se encontram as mulheres-mães e suas famílias. Nesse processo, tipificam-se 2 aspectos: o consumo de drogas torna-se o centro em torno do qual se define se a mãe pode ou não pode ter e cuidar de sua prole; e a proteção da criança contra a ameaça representada pela mãe. Mas, quem protege essas mulheres? Quem são essas mulheres? Com essas questões passamos a caracterizá-las, tomando por *locus* o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

3. MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS QUE PERDERAM SEUS BEBÊS NA MATERNIDADE

Nesta seção apresentamos dados do perfil das mulheres pesquisadas e do seu acesso aos serviços de Saúde, Assistência Social e Habitação do Município de Vitória.

As histórias de vida das mulheres guardam características em comum: discriminação, pobreza, drogas e perda da guarda dos filhos.

Doze entre as quinze mulheres pesquisadas são negras (80%)³, uma mulher foi classificada como branca e em dois casos a informação sobre raça/etnia não consta em nenhum dos documentos analisados.

A categoria raça é muito importante no contexto desta pesquisa porque evidencia mais uma forma da incidência punitiva do Estado sobre a população negra. No entanto, ela não pode ser considerada isoladamente. É preciso relacioná-la à categoria classe social, que nesta pesquisa se apresentou por um conjunto de variáveis: são mulheres com **baixo nível de escolarização** (6 estudaram até o Ensino

³De acordo com a classificação do IBGE, a categoria negros engloba os que se declaram pretos e pardos. Cabe ressaltar que não temos evidências de que a metodologia autodeclaratória da cor, adotada pelo IBGE, tenha sido utilizada para o preenchimento dos documentos analisados nesta pesquisa. O mais provável é que o campo tenha sido preenchido pelos profissionais que dispensaram atendimentos às mulheres.

Fundamental Incompleto, uma era iletrada e apenas uma concluiu o Ensino Médio) e que **foram mães muito jovens** (9 mulheres tinham idade entre 16 e 27 anos à época do parto).

Dados do IBGE⁴ (2010) mostram clara relação entre escolarização e número de filhos. Segundo o órgão, mulheres com até sete anos de escolaridade têm quase o dobro de filhos (3,19) do que aquelas que passaram oito anos ou mais nos bancos escolares (1,68). Além disso, entre as mulheres com menor grau de instrução, o padrão de fecundidade tende a ser mais jovem: as mulheres com mais de oito anos de estudo são mães, em média, aos 27,8 anos, enquanto aquelas que não terminaram o ensino fundamental têm filhos aos 25,2 anos.

A multiparidade foi um aspecto que chamou atenção na pesquisa. A média foi de 4,4 filhos por mulher, quando a média nacional, segundo o IBGE (2010), é de 1,9. Dados da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (JALIL et al, 2014) mostram que o número médio de gestações das mulheres usuárias de *crack* no país é de 3,82 filhos por mulher.

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

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

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

Cabe destacar que o Bolsa Família, Programa federal de transferência de renda destinado a pessoas pobres e extremamente pobres, alcançou apenas 4 mulheres no contexto desta pesquisa.

Apesar de viverem em situação de extrema pobreza, os pais destituídos não são alcançados pelos programas de combate à fome e à pobreza. Ratificando afirmação de Fávero (2014, p. 10), “[...] os programas de transferência de renda em execução no país, [...] não estão chegando à ampla maioria desse segmento da população, nem antes e possivelmente nem depois da destituição do poder familiar”.

Em 12 dos 15 casos analisados, as mulheres admitiram o uso de drogas durante a gestação, quando questionadas sobre padrão de consumo de substâncias psicoativas no ato da internação na Maternidade. Tal

⁴Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=1&idnoticia=1717&t=sis-2010-mulheres-mais-escolarizadas-sao-maes-tarde-tem-menos-filhos&view=noticia>>. Acesso em 25 nov. 2018

⁵ As informações sobre a renda per capita das mulheres pesquisadas foram extraídas do SIGAF e se referem à atualidade. Foram excluídas, portanto, duas mulheres que faleceram e duas que não estão inscritas no sistema.

como destacado por Stone (2015), elas admitem o uso por terem receio de que sonegar esta informação possa incorrer em maiores riscos à saúde do bebê, resistindo à narrativa de que são mães egoístas e despreocupadas. Elas também o fazem com esperança de que sua honestidade possa ser apreciada pelos profissionais.

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

O crack foi a droga de uso prevalente entre as mulheres pesquisadas. Consumido isoladamente ou associado a outras drogas lícitas e ilícitas, ele comparece em 14 das 17 gestações que analisamos. Apenas uma mulher relatou não usá-lo (neste caso a droga de preferência era a cocaína, usada em forma de pó). Em uma situação não foi possível saber o tipo de droga consumida pela mulher e em outra, ela negou que tivesse feito uso de qualquer substância.

A despeito do estereótipo de que os usuários de *crack* habitam principalmente as chamadas “cracolândias”, mais da metade das mulheres pesquisadas não se encontrava em situação de rua à época do parto (10 de 17 gestações). Em 6 dos 17 casos analisados as mulheres se encontravam nesta condição e em um deles, ela alternava entre rua e casa.

Não há muitos registros sobre o tempo de uso da droga, mas em quatro casos em que foi possível o acesso à informação, ele variava entre 4 e 15 anos. Esta informação confirma os achados da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, que identificou o tempo médio de uso da droga por mulheres em 6 anos, contradizendo as notícias de que os usuários de *crack* e/ou similares teriam sobrevida necessariamente inferior a três anos de consumo (BERTONI; BASTOS, 2014).

A composição familiar das mulheres pesquisadas respeita grande diversidade de arranjos. A figura do companheiro, entretanto, é a mais constante. Em 10 dos 17 casos analisados as mulheres afirmaram terem companheiro(a) no momento do parto.

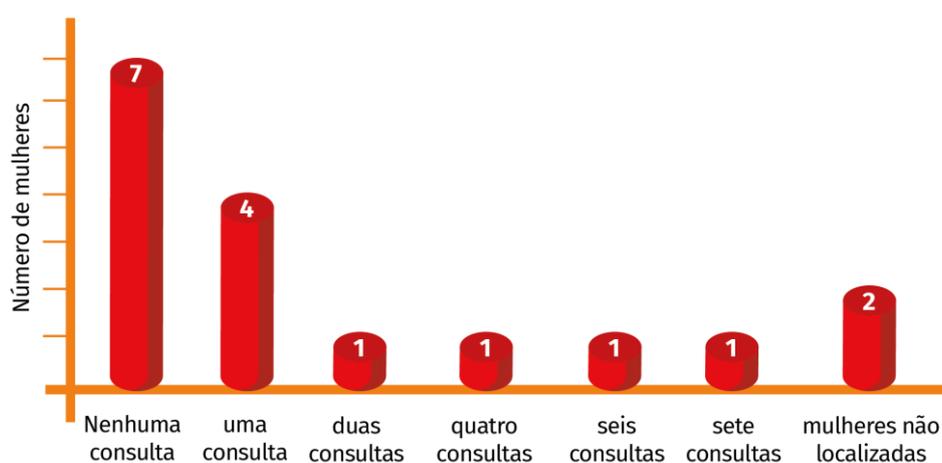
Importa destacar que nem sempre o companheiro que se apresenta no momento do parto é o pai da criança. No entanto, verificamos que, nos casos em que o genitor registra o recém-nascido, isto se constitui em fator protetivo à adoção. Nesta pesquisa verificamos que 6 das 17 crianças tinham registro paterno. Dessas, 5 foram entregues aos cuidados da família extensa paterna e uma foi encaminhada à adoção. Entre as demais crianças que não tinham registro paterno (11 das 17), 6 foram adotadas por casais habilitados pela Vara da Infância e Juventude, 1 foi adotada pela tia materna, 2 foram entregues sob guarda à família extensa materna e 1 (apenas!) foi reintegrada à mãe.

3.1. AS MULHERES E A REDE DE SERVIÇOS: O ANTES E O APÓS PARTO

Aqui exploramos a complexa relação entre as mulheres e os serviços de saúde e assistência social. Complexa porque esses serviços aparecem com dupla possibilidade: tanto são espaços de obtenção de cuidados quanto de controle e de denúncias sobre seus comportamentos.

O pré-natal não foi realizado em 7 das 17 gestações consideradas. Apenas duas fizeram seis consultas ou mais, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 570/2000, BRASIL, 2000) (Figura 1).

Figura 1 - Número de Consultas de Pré-Natal



Fonte: Rede Bem Estar. Elaboração própria, 2018.

Estudos apontam para a existência de uma relação direta entre o baixo número de consultas de pré-natal e a necessidade dos recém-nascidos serem atendidos na UTI Neonatal por complicações na gravidez ou no parto (COSTA et al, 2014), bem como para o prolongamento do tempo de internação dos mesmos (BASSO; NEVES, SILVEIRA, 2012). Nesta pesquisa 10 dos 17 bebês precisaram de cuidados intensivos. Os principais motivos para tal foram prematuridade, infecção, sífilis, desconforto respiratório e incompatibilidade entre a idade gestacional e o desenvolvimento do bebê. A média de tempo de internação na UTIN foi de 21 dias. Algumas dessas intercorrências que levaram os bebês à UTIN poderiam ser atribuídas ao uso de drogas, especialmente o *crack*, durante a gravidez. No entanto, esta causa não pode ser considerada isoladamente, tendo em vista que a maioria das mulheres é usuária de múltiplas drogas, como álcool e tabaco, que podem confundir seus efeitos, além de fatores como pobreza, má nutrição, infecções, falta de cuidados pré-natal que também interferem na possibilidade de considerar os efeitos da droga isoladamente (ARENDDT; MINNES; SINGER, 1996).

Analisando a rede de apoio pessoal das mulheres participantes da pesquisa, verificamos que o Serviço Social do HUCAM fez contato com familiares e amigos em 12 das 17 internações analisadas. Mães

(3) e avós (3) foram as mais acionadas, mas também compareceram tias (2), irmãs (2), cunhadas (2), ex-cunhada (1), madrasta (1), sobrinha (1) e amiga (1), além de companheiro (1) e ex-companheiro (1). Em 5 casos não há registros de que familiares e/ou amigos tenham sido acionados, possivelmente porque não foram referenciados pelas mulheres.

Importa destacar que, à exceção do companheiro e ex-companheiro, todas as demais pessoas acionadas são do sexo feminino, o que demonstra mais uma vez a lógica do cuidado associada ao universo feminino.

Ainda a partir dos registros do Serviço Social do HUCAM fizemos um levantamento dos serviços da rede municipal acionados durante a internação. Verificamos que os Conselhos Tutelares foram acionados em todos os casos; as Unidades de Saúde, em 10 casos; o CREAS, em 5 casos; o Juizado da Infância, em 4 casos; o Consultório na Rua, em 2 casos; a Abordagem Social, em 1 caso; Centro Pop, em 1 caso; Unidade de Acolhimento, em 1 caso, e o Programa Saúde da Criança, em 1 caso.

Importa destacar que durante as internações o Serviço Social tem pouco tempo para avaliar e atuar em casos de tamanha complexidade. Recai sobre o assistente social a responsabilidade de avaliar em que condições se encontram a genitora e/ou os familiares para assumirem o cuidado com a criança. “São situações extremamente delicadas, pois não havendo cuidado nas avaliações, pode-se incorrer no risco de generalizar os atendimentos e prejudicar a família” (PASSOS, 2016, p. 131).

Assim, o contato com os serviços se faz no sentido de identificar aqueles que acompanham a mulher e poderiam lhe oferecer apoio após a alta hospitalar. Nem sempre esta identificação acontece. Analisando a rede de serviços envolvida no atendimento às mulheres a partir das fichas de registro do Serviço Social da UTIN e da Maternidade do HUCAM, os dados da Rede Bem Estar e do SIGAF, foi-nos possível constatar que as mulheres passam pelos serviços e são por eles conhecidas. Isto não significa, no entanto, que elas sejam sistematicamente acompanhadas.

Na saúde, verificamos que uma mulher não recebeu atendimento durante a gestação, enquanto outras duas não foram localizadas na Rede Bem Estar. As demais foram atendidas nas Unidades de Saúde, pelo Consultório na Rua, em acolhimentos no CAPS ad, nos Pronto-Atendimentos e em Visitas Domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais e Enfermeiros.

Com relação à assistência social, os dados do SIGAF revelam que 7 mulheres não receberam qualquer atendimento durante a gestação. Das que receberam atendimento, apenas três encontravam-se em efetivo acompanhamento: uma delas era acompanhada pelo CREAS porque já tinha um bebê acolhido, outra era acompanhada pelo Centro Pop e a outra, pelo Serviço de Abordagem Social/CREAS. As demais foram atendidas pontualmente pelos CRAS, Abordagem Social, Centro Pop e Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua (Hospedagem Noturna).

Analisando os registros de atendimento após o acolhimento da criança, verificamos que é significativo o número de mulheres que não receberam atendimento em função do acolhimento institucional de seus filhos.

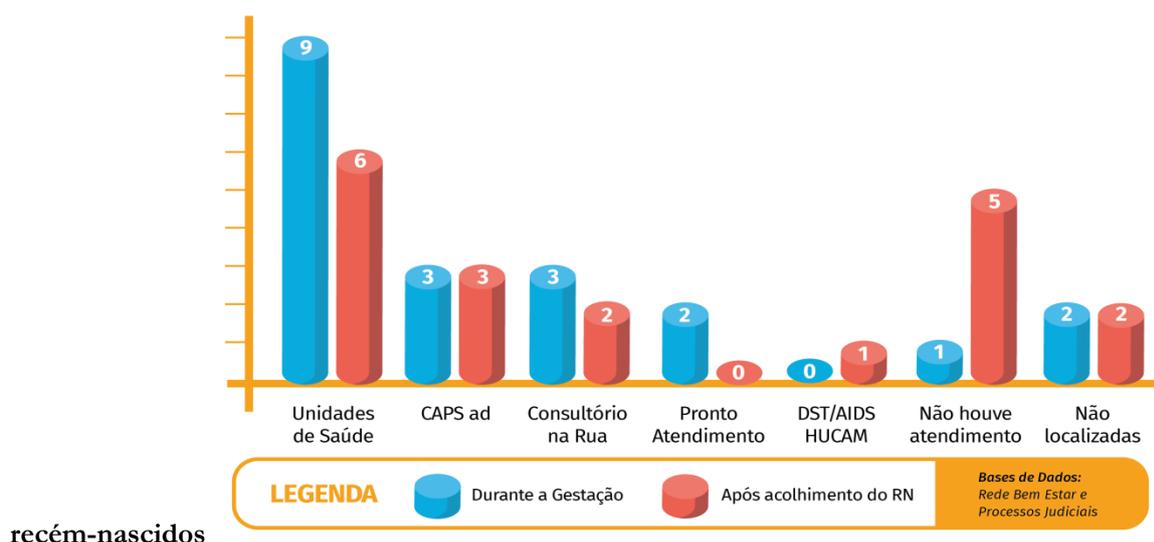
Na saúde, não houve atendimento posterior ao acolhimento dos filhos para 5 das 15 mulheres. Com relação às demais, com exceção de duas mulheres que não foram localizadas no sistema, há registros de atendimento nas Unidades de Saúde, no CAPS ad, pelo Consultório na Rua e no Programa DST/AIDS do HUCAM.

Aqui destacamos a importância destes atendimentos não só pela possibilidade de orientação, tratamento e encaminhamento, mas também pela possibilidade de escuta das mulheres, angustiadas com o acolhimento dos filhos:

A usuária me procurou para falar do acolhimento de sua filha. [...] aparentava estar muito triste, disse que estava há duas semanas sem visitar a criança no abrigo porque achava que não conseguiria sua guarda. Além disso, relata brigas constantes com o companheiro [...] Diz que tem muita vontade de ficar com a filha, ‘mas não tem juízo’ (Assistente Social, Unidade de Saúde).
[mulher] fala que foi muito difícil ter perdido os filhos, principalmente a última. Planeja reaver o filho de 3 anos [entregue a um casal conhecido] (Psicóloga, Grupo de Mães CAPS ad).

A Figura 2 apresenta os serviços de Saúde que prestaram atendimento às mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos:

Figura2 - Atendimento em Saúde para as mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos



Na assistência social verificamos que não houve acompanhamento das mulheres após acolhimento institucional dos recém-nascidos em 6 casos. Encontramos algumas mulheres com atendimentos pontuais no Centro Pop, na Hospedagem Noturna e pela Abordagem Social. Verificamos que apenas quatro mulheres foram acompanhadas sistematicamente pelos CRAS/CREAS (uma foi atendida apenas pelo

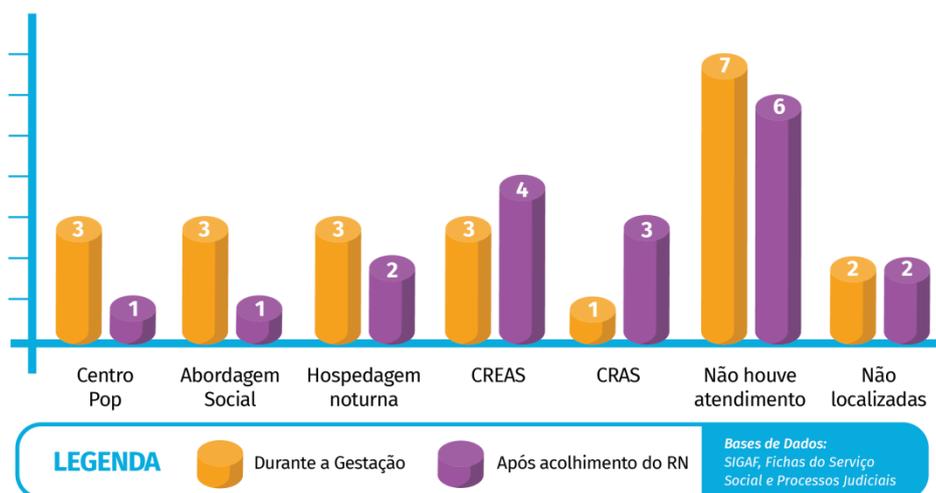
CRAS e outras três receberam atendimento do CRAS e do CREAS). Atualmente duas mulheres encontram-se em acompanhamento pelo CRAS.

Analisando os dados de atendimento da Assistência Social, percebemos que existe uma tendência a que os CRAS/CREAS acompanhem as famílias que recebem as crianças. Pode até haver algum acompanhamento das mulheres por algum tempo, mas a partir do momento em que se define um desfecho para o caso, a família que recebe a criança passa a ser alvo da atenção dos serviços. Não é o que recomenda a Nota Técnica Conjunta Nº 001/2016 dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2016), segundo a qual a mulher tem direito a continuar recebendo atendimento no CREAS, no CRAS ou no Centro Pop, independentemente do que for decidido em relação à criança.

O significativo número de mulheres que não recebeu acompanhamento após o acolhimento institucional de seus filhos denuncia o abandono social e emocional a que muitas vezes estas mulheres estão submetidas (FÁVERO, 2007). É preciso ter claro que a necessária proteção à criança não pode ocultar o movimento do real que leva a condições de existência em que a droga se apresenta como recurso para suportar o insuportável (NERY; LORENZO; RÊGO, 2009). A restrita preocupação com a proteção das crianças que acarreta a separação do binômio mãe-bebê, tendo as drogas como justificativa para tal, não evidencia que muitas mulheres usuárias têm sido violadas no seu direito de acesso aos serviços e de decidirem sobre a maternidade (MARQUES, 2015).

A figura a seguir representa os serviços da Assistência Social que prestaram atendimento às mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos.

Figura 3 - Atendimento em Assistência Social para as mulheres durante a gestação e após o acolhimento dos recém-nascidos



No âmbito da Habitação, verificamos que duas mulheres foram contempladas em programas de habitação social: uma foi contemplada com o Bolsa Moradia (aluguel Social) e a outra com o Bolsa Moradia e, posteriormente, com o Auxílio Moradia (bônus para aquisição da casa própria).

Destacamos que as duas mulheres beneficiadas por estes programas habitacionais são exemplos de ações coordenadas da rede de serviços que, nestes casos, foram determinantes para que elas pudessem permanecer com suas crianças: uma no contexto desta pesquisa, outra, de filha havida posteriormente. Nestes dois casos, há relatos de discussões dos casos envolvendo profissionais da Saúde, Assistência Social, Habitação e Educação, com vistas a oferecer suporte para que a criança permanecesse com a genitora. Não estamos, no entanto, desavisados de que a oferta de suporte também impõe condições e estratégias de controle sobre as mulheres. Como exemplos podemos citar a regularidade da frequência aos serviços e o tratamento com vistas à abstinência da droga de uso. Nem sempre as mulheres cumprem estes requisitos. No contexto desta pesquisa tivemos dois outros casos em que houve articulação da rede, mas o resultado não logrou o mesmo êxito, tendo uma criança entregue à família extensa e a outra, em adoção.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No perfil das mulheres usuárias de drogas apresentado neste trabalho as questões de classe social, raça/etnia e gênero se enovelam. Enoveladas, as mulheres acabam subsumidas como “crackeiras”. Suas histórias revelam precárias condições de existência, exposição à violência e diversas violações de direitos. A retirada da criança de sua família de origem e o seu encaminhamento para as unidades de acolhimento funciona, ainda que sob o discurso de proteção da criança, como mecanismo de punição da mulher, não só pelo seu uso de drogas, mas também por sua situação de pobreza, responsabilizando-a, individualmente, por não usufruir de condições dignas de cidadã, que o Estado deveria, mas não provê.

As informações trazidas pela pesquisa nos permitem afirmar que a questão da maternidade concomitante ao uso de drogas ainda é tratada de maneira individualizada, com respostas particularizadas que não interferem na realidade geradora das precárias condições de existência dessas mulheres. Concordamos com Fávero (2014) quando afirma que, nesta realidade, o sofrimento vivido pelos adultos é ignorado, restando apenas alguma dose de atenção à criança, por meio da desvinculação de sua mãe e inserção em outros espaços, que, em tese, possibilitem sua proteção.

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

Compreendemos ainda que a capacidade de refletir sobre os processos sociais é condição essencial para superarmos o imediatismo e as pressões do cotidiano, que muitas vezes nos levam a atuar sem refletir

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

REFERÊNCIAS

ARENDETT, R. E.; MINNES, S.; SINGER, L. Fetal cocaine exposure: neurologic effects and sensory-motor delays. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, Cleveland, v. 16, n. 1-2, p. 129-144, 1996. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327946>. Acesso em: 19 fev. 2017.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T. N.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 2, abr./jun. 2012.

BERTONI, N.; BASTOS, F. I. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Página oficial**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), p. 13.563, 16 jul. 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. **Lei nº 13257, de 08 de Março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Nota Técnica Conjunta Nº 001. Brasília (DF), 2016. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 5 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 570, de 1º de Junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 5 dez. 2018.

COSTA, A. L. R. R. et al. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014.

DIGIÁCOMO, E. **Das implicações da alteração do art. 19, da Lei nº 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente) pela Lei nº 13.257/2016 (que institui o Marco Legal da Primeira Infância)**, 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/48422/das-implicacoes-da-alteracao-do-art-19-da-lei-n-8->

[069-90-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-pela-lei-n-13-257-2016-que-institui-o-marco-legal-da-primeira-infancia](#). Acesso em: 10 dez. 2017.

FÁVERO, E. T. **Questão social e perda do poder familiar**. São Paulo: Veras, 2007.

_____. Barbárie social e exercício profissional: apontamentos com base na realidade de mães e pais destituídos do poder familiar. **Serviço Social e temas sociojurídicos: debates e experiências**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2014.

FRANÇA, D. B. A excepcionalidade da medida de abrigo. In: I SEMINÁRIO LUSO-BRASILEIRO DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE, 2008, Brasília (DF). **Revista da Associação dos Defensores Públicos do Distrito Federal**, Brasília (DF), ano 3, n. 3, 2008. Disponível em: <http://bercodacidadania.org.br/wp-content/uploads/2011/08/A-EXCEPCIONALIDADE-DA-MEDIDA-DE-ABRIGAMENTO.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

JALIL, E. et al. Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.) **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

LEAL, J.; CALDERÓN, D. Espaços do (im)provável: uma experiência política de mulheres em situação de rua usuárias de crack. PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. **Luta antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Famílias contemporâneas? Intervenções contemporâneas? MARTINO, M.; GIORGI, V. **Miradas ibero americanas sobre prácticas profesionales em el campo familiar**. Montevideo, 2016. Edição digital disponível em: http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2016/11/Miradas_Iberoamericanas.pdf. Acesso em: 30 set. 2017.

MOREIRA, M. I. C. Os impasses entre acolhimento e o direito à convivência familiar. **Psicologia & Sociedade**, Niterói, n. 26 (número especial), p. 28-37, 2014.

MARQUES, T. C. **A Rede de Atenção psicossocial (RAPS) no atendimento às mulheres puérperas usuárias de drogas na perspectiva da convivência familiar**. 2015. 95f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

NASCIMENTO, M. L. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. **Psicologia & Sociedade**, Niterói, n. 24 (número especial), p. 30-44, 2012.

NERY FILHO; LORENZO, C.; DIZ, F. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. LIMA, C. A.; ÁVILA, J. **Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Florianópolis: NUTE/UFSC, 2014. Disponível em: <http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/capitulo-6.pdf>. Acesso 05 dez. 2018.

PASSOS, S. M. B. **Mulheres/mães usuárias de crack: histórias de desproteção social**. 2016. 145f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SAFFIOTTI, H. I. B. Gênero e Patriarcado: a necessidade da violência. CASTILLO-MARTIN, M; OLIVEIRA, M. (Org.) **Marcadas a ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar**. Brasília: Secretaria Especial de políticas para as Mulheres, 2005.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 46-60, 2001.

SOUZA, M. P. As estratégias dos Serviços de Proteção à Criança e ao Adolescente. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, 2004. Disponível em: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/986/766. Acesso em: 15 out. 2017.

STONE, R. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. **Health and Justice**, Bethesda, v. 3, n. 2, sem paginação, dez. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5151516/>. Acesso em: 6 dez. 2018.