



Estácio

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUIZA CAROLINA BRITTO DE CAMPOS ZAMAGNA

**AFASTAMENTO COMPULSÓRIO DE PUÉRPERAS E BEBÊS NA
MATERNIDADE: MOTIVOS QUE RESULTAM EM NOTIFICAÇÕES
JUDICIAIS**

Rio de Janeiro

2019

Z23a Zamagna, Luiza Carolina Britto de Campos

Afastamento compulsório de puérperas e bebês na
maternidade: motivos que resultam em notificações judiciais. /
Luiza Carolina Britto de Campos Zamagna. – Rio de Janeiro,
2019.

56 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) –
Universidade Estácio de Sá, 2019.

1. Maternidade. 2. Poder familiar. 3. Judicialização na
saúde. 4. Dependência química. 5. Assistência. I. Título.

CDD 616.07



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**AFASTAMENTO COMPULSÓRIO NA MATERNIDADE: MOTIVOS QUE RESULTAM EM
NOTIFICAÇÕES JUDICIAIS**

elaborada por

LUIZA CAROLINA BRITTO DE CAMPOS ZAMAGNA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 16 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura - Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Lúiz Antonio da Silva Teixeira
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Eliana Olinda Alves
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

LUIZA CAROLINA BRITTO DE CAMPOS ZAMAGNA

**AFASTAMENTO COMPULSÓRIO DE PUÉRPERAS E BEBÊS NA
MATERNIDADE: MOTIVOS QUE RESULTAM EM NOTIFICAÇÕES
JUDICIAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito obrigatório para a conclusão do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Diagnóstico Local e Vigilância em Saúde da Família.

Orientadora: Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura.

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Luiz e Dora Zamagna, que estiveram ao meu lado ao longo de todo o caminho, sempre incansáveis. Obrigada pelo amor imenso e todo o apoio incondicional.

À Prof. Dra. Anna Tereza, por toda a sua orientação, paciência e dedicação. Agradeço imensamente a oportunidade de poder me debruçar sobre este tema. Obrigada por ter acreditado no meu projeto de pesquisa desde o início.

Ao Prof. Dr. Luiz Teixeira, pela leitura cuidadosa da pesquisa e por suas orientações valiosas.

À querida Eliana Olinda Alves, por toda a disponibilidade em participar de todo o processo desta pesquisa. Sou muito agradecida por suas contribuições preciosas.

Agradeço a todos os queridos professores do mestrado em Saúde da Família, que transmitiram seus ensinamentos com extrema generosidade e sabedoria.

À querida colega de profissão e trabalho, Eloisa Troian Zen, por todas as oportunidades e incentivos, desde os tempos de faculdade. Será minha eterna supervisora! Serei eternamente grata pelos ensinamentos e pela nossa convivência.

À minha chefe e responsável técnica no Hospital Federal de Bonsucesso, a psicóloga Márcia Natal Batista Abreu, que sempre apoiou esta empreitada acadêmica, proporcionando um grande crescimento profissional à minha vida.

Levarei para sempre meus colegas de turma comigo. Juntos, soubemos nos fortalecer. Em especial, todo o meu carinho e amizade à Carolina Ramos e à Mariane Fernandes, por todo o tempo que passamos juntas.

*“Mais do que qualquer outro, o olhar
sobre as mulheres é mediatizado; é
preciso decifrar a natureza desta
mediação.”*

Michelle Perrot

RESUMO

A presente pesquisa propõe identificar o perfil sociodemográfico das puérperas que foram encaminhadas às Varas da Infância no município do Rio de Janeiro e discutir os principais motivos que levaram os profissionais a realizar tais notificações. Em situações de suposta vulnerabilidade psicossocial e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas, os profissionais da saúde das maternidades tendem a notificar a justiça para poder proceder com a alta hospitalar de bebês e puérperas. Apontamos que as judicializações na saúde e nas maternidades são discussões de grande relevância para a saúde pública e para a proposição de alternativas que possam dar conta desta temática, que engloba a rede de saúde e assistência para gestantes e seus bebês. O objetivo desta pesquisa é descrever os principais motivos de encaminhamentos às Varas da Infância no município do Rio de Janeiro. Para atingir os objetivos, foi realizada uma análise documental, com averiguação nos prontuários de gestantes e recém-nascidos que foram encaminhados para a justiça, com posterior categorização e análise de conteúdo. Os resultados apontaram que os principais motivos que levam os profissionais da saúde que atuam nas maternidades a encaminhar uma situação para as Varas da Infância são o abuso de substâncias ilícitas, a falta de rede de suporte social e as judicializações inevitáveis. Foi mostrado que parte das mulheres que são notificadas para as instâncias judiciais desejavam encaminhar os bebês para adoção ou o deixaram em suposta situação de abandono nas maternidades e que existiram casos de morte materna e genitoras com questões de transtornos mentais. Este é um trabalho original e necessário para compreender o fenômeno do afastamento compulsório nas maternidades, bem como o aprimoramento da rede de saúde para assistir gestantes e puérperas em situações de vulnerabilidade psicossocial e dependência química.

Palavras-chave: Maternidade. Poder familiar. Judicialização da saúde. Dependência química. Assistência.

ABSTRACT

This research proposes to identify the sociodemographic profile of the women who were sent to the Childhood Courts in the city of Rio de Janeiro, and to discuss the main reasons that led the professionals to make such notifications. In situations of alleged psychosocial vulnerability and / or abuse of alcohol and other drugs, maternity health professionals tend to notify the court to be able to discharge babies and puerperal women. We point out that the judicialization in health and maternity are discussions of great relevance to public health, and the proposition of alternatives that can address this theme that encompasses the health and care network for pregnant women and their babies. The objective of this research is to describe the main reasons for referrals to Childhood Poles in the city of Rio de Janeiro. To achieve the objectives, a documentary analysis was performed, with verification of the medical records of pregnant women and newborns who were referred to justice, with subsequent categorization and content analysis. The results pointed out that the main reasons that lead health professionals working in maternities to refer a situation to Childhood Courts are the abuse of illicit substances, the lack of social support network, and the inevitable judicialization. It was shown that part of the women who are notified to the courts wanted to refer their babies for adoption or left them in a supposed situation of maternal abandonment, and that there were cases of maternal death and parents with issues of mental disorders. This is an original and necessary work to understand the phenomenon of compulsory leave in maternity, as well as the improvement of the health network to assist pregnant women and postpartum situations of psychosocial vulnerability and chemical dependence.

Keywords: Maternity. Parenting. Health's judicialization. Substance-Related Disorders. Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
AP	Áreas de Planejamento
APS	Atenção Básica à Saúde
BH	Belo Horizonte
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CT	Conselho Tutelar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso
HMFM	Hospital Municipal Fernando Magalhães
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
RN	Recém-nascido
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SMASDH	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIJI	Vara da Infância, Juventude e do Idoso

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Perfil das puérperas, gestação e bebês	33
Tabela 2 — Principais motivos para encaminhamentos	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Dados das maternidades do HFB e HMFM sobre partos e atendimentos no ano de 2017	30
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Questão norteadora	12
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Afastamento compulsório na maternidade: repercussões jurídicas na assistência	15
4.1.1 Aspectos gerais da judicialização no âmbito da saúde e seus desdobramentos na maternidade	15
4.1.2 Rede de assistência para gestantes em vulnerabilidade psicossocial	20
4.2 Análise sobre algumas construções socioculturais sobre a maternidade: idealizações sobre as mulheres, racismo e uso de drogas	25
5 Método	29
5.1 Tipo de pesquisa	29
5.2 Cenário da pesquisa	29
5.3 Fonte de informação	30
5.4 Instrumentos	30
5.5 Aspectos da logística do trabalho de campo	31
5.6 Análise de dados	32
6 RESULTADOS	33
6.1 Descrição das equipes	36
6.2 Motivos das equipes para o encaminhamento	37
6.2.1 Abuso de substâncias e falta de rede de suporte.....	37
6.2.2 Judicializações inevitáveis.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICE A — Instrumentos de coleta de dados: roteiros de pesquisa e prontuários	53
ANEXO A — Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	55
ARTIGO EM CONSTRUÇÃO	56

1 INTRODUÇÃO

O encorajamento para produzir esta pesquisa manifestou-se a partir de minha experiência profissional no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), onde sou psicóloga alocada na maternidade e nas unidades neonatais desde o ano de 2014.

Atualmente o processo de trabalho do psicólogo em uma maternidade vem sendo relativizado com outros saberes e aparelhagens teóricas, como a justaposição entre a saúde e a justiça. É uma interlocução necessária para a adequada compreensão dos diversos mecanismos que resultam na judicialização da maternidade e o afastamento compulsório por determinação judicial de mães e bebês. A judicialização da maternidade, dentro da lógica da rede de proteção à criança, tem como principal finalidade zelar pela integridade e melhores interesses dos infantes, presumindo que a mulher que o gerou não é a escolha acertada para prover os cuidados, naquele momento, necessitando da rede de suporte e equipamentos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e também pode ser o local para oportunidades singulares e privilegiadas para a identificação de necessidades específicas, além de oportunizar a integração entre a saúde e a justiça, no que diz respeito aos encaminhamentos às Varas da Infância. Ao longo do ciclo gravídico puerperal, novas conjunções podem ser instaladas para as mulheres acompanhadas na APS, trazendo outras possibilidades de encaminhamentos para além do afastamento compulsório nas maternidades públicas do RJ.

Implicações das diversas categorias profissionais envolvidas podem estar presentes nos direcionamentos que culminam com encaminhamentos e notificações judiciais. Parece interessante compreender quais janelas de oportunidades foram desviadas nesse trajeto intersetorial, que envolve diversos equipamentos da rede de saúde e criação de alternativas para a gestante ou puérpera em vulnerabilidade psicossocial ficar com a guarda de seu filho, se assim for o seu desejo.

Os debates que envolvem o tema da judicialização e a saúde no Brasil relacionam-se com o aprimoramento dos processos de prestação de serviços, reconhecendo que o direito à saúde é universal e de interesse público.

O delineamento desta pesquisa trata de uma junção pouco explorada: os direitos das mulheres e bebês na temporalidade do ciclo gravídico puerperal e como os profissionais da saúde procedem para manter os direitos em meio à vulnerabilidades e com a falta de políticas públicas que se voltam para essas situações.

A partir de 2010, com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), alguns juízes das Varas da Infância e Juventude vêm oficiando maternidades públicas a encaminhar casos de mulheres usuárias de drogas para que sejam avaliadas no exercício da maternagem. Em 2014, a recomendação foi formalizada na cidade de Belo Horizonte (MG), e a partir dessa nova configuração a atuação dos profissionais que trabalham na assistência de puérperas em vulnerabilidade psicossocial e/ou uso de drogas foi transformada.

O desafio da realização deste estudo está na exposição da diversidade que envolve a construção desses documentos, permitindo a identificação de convergências e divergências entre os motivos elencados para os encaminhamentos, contribuindo para a produção de informações sobre este tema, ainda ausente na literatura do campo da saúde. Além de auxiliar na compreensão das situações que merecem maior suporte ao longo de toda a trajetória da gestação, parto e nascimento e contribuir para um cuidado mais atento nessa delicada linha de cuidado.

A proposta apresentada visa à compreensão do processo de trabalho dos profissionais da saúde diante da confecção das notificações para o sistema judiciário e de como tais processos se modificaram a partir da judicialização do exercício de maternagem de algumas mulheres. A rotina de trabalho e o cotidiano das maternidades foram impactados perante essa demanda, que trouxe uma carga mais elevada de trabalho para as equipes das maternidades.

Efetivamente, é a equipe que está na maternidade que tem de tomar atitudes resolutivas, com o propósito de endereçar o destino de mães e bebês. Por mais que a rede converse e troque experiências, ela ainda é falha para acolher e criar linhas de cuidado que possam abarcar os múltiplos fatores envolvidos em situações de vulnerabilidade, em especial o uso abusivo de drogas ilícitas. A criação de fóruns de discussão a partir da reflexão sobre os casos encaminhados pode contribuir para um maior conhecimento sobre o tema.

O pano de fundo histórico também pode colaborar na concepção de como alguns costumes sociais podem influenciar direta e indiretamente o cuidado às mulheres vulneráveis e como algumas instituições se apropriam do dito discurso maternalista para exercer relações de poder, na tentativa de proteger crianças. A pesquisa propõe ainda uma reflexão sobre dois domínios que, apesar de distantes, contribuem para aspectos de cuidado aos cidadãos: a saúde e o sistema judiciário. A costura entre esses dois lugares teóricos ainda é pouco explorada academicamente; merece instigação e encorajamento em pesquisa para que possamos nos debruçar sobre esse conteúdo, que ainda é pouco estudado.

A primeira parte do trabalho expõe um referencial teórico no qual são discutidas as questões relacionadas à contextualização da judicialização na saúde e ao afastamento compulsório e os efeitos que estes provocam na assistência das maternidades públicas do RJ. Na segunda parte, foi feita uma análise sobre algumas construções culturais e sociais que influem sobre a mulher quando ela se torna mãe, e neste momento, os motivos e razões pelos quais puérperas são encaminhadas à justiça após alta hospitalar. A terceira parte do referencial teórico trata do estudo da rede de saúde e dos fluxos de assistência voltados para as puérperas em vulnerabilidade psicossocial. O estudo se debruçará sobre o impacto que determinadas concepções inferem ao cuidado assistencial às mulheres em vulnerabilidade.

A seguir são trazidos os objetivos, o método do estudo, com a exposição do cenário da pesquisa, os instrumentos utilizados, o trabalho de campo, a análise dos dados e os resultados das informações coletadas.

1.1 Questão norteadora

Quais foram os principais motivos que levaram os profissionais da saúde de duas maternidades do Rio de Janeiro a encaminhar para as Varas da Infância e Juventude situações de gestantes em vulnerabilidade social?

2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa propõe colaborar com a compreensão do processo de trabalho dos profissionais da saúde envolvidos nas notificações para a justiça oriundas de duas maternidades de alto risco no município do RJ. Também sobre como eles são influenciados a deliberar juízos sobre mulheres e seus filhos.

O esquadramento sobre essas delimitações poderá auxiliar no entendimento das situações que merecem maior suporte ao longo de toda a trajetória da gestação, parto e nascimento, contribuindo para um cuidado mais atento dos setores envolvidos. Particularizar o perfil da mulher que perde o direito de cuidar do seu filho propicia a avaliação, a partir da perspectiva de profissionais da saúde lotados em maternidades, de quem seriam as gestantes e/ou puérperas mais suscetíveis a serem encaminhadas às instâncias judiciais.

Outro ponto importante do trabalho diz respeito à identificação dos principais motivos dos profissionais envolvidos com a realização de tal encaminhamento. Implicações pessoais podem intervir, constituindo um juízo que cumpre ideias morais e resulta na notificação judicial. Logo, vale a pena refletir sobre quais janelas de oportunidades foram desviadas nesse trajeto intersetorial, que envolve diversos profissionais e equipamentos da rede de saúde que poderiam criar alternativas para a gestante ou puérpera em estado de vulnerabilidade psicossocial ficar com a guarda de seu filho, se assim for o seu desejo.

Esta pesquisa dedica-se, especialmente, a identificar quais são os principais nós na assistência que fazem com que os profissionais da saúde que atuam em maternidades tenham de conchamar o sistema judiciário diante de uma puérpera usuária de drogas e/ou em vulnerabilidade psicossocial e seu bebê e quais são os motivos que norteiam tal encaminhamento que se origina no âmbito da saúde. Diante disso, visamos colaborar com a compreensão dessa questão, que requer atenção e respeito de toda a sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever e analisar os motivos para encaminhamentos à esfera jurídica de situações de vulnerabilidade de mães e bebês oriundos de duas maternidades de alto risco do município do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres e bebês encaminhados por duas maternidades de alto risco às Varas da Infância do Rio de Janeiro, no período de 2014 a 2017.
- Descrever as características referentes à gestação, parto e nascimento das situações encaminhadas por duas maternidades de alto risco às Varas da Infância do Rio de Janeiro, no período de 2014 a 2017.
- Identificar os motivos descritos nos encaminhamentos às Varas da Infância oriundos de duas maternidades de alto risco do Rio de Janeiro, no período de 2014 a 2017.
- Caracterizar o perfil das equipes multiprofissionais envolvidas nos encaminhamentos judiciais.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Afastamento compulsório na maternidade: repercussões jurídicas na assistência

4.1.1 Aspectos gerais da judicialização no âmbito da saúde e seus desdobramentos na maternidade

O direito à saúde no Brasil, de maneira integral, ainda permanece como um grande desafio, mesmo que o acesso universal tenha sido garantido constitucionalmente. O Estado nem sempre cumpre com suas atribuições, e o mau gerenciamento público leva o cidadão a conclamar a justiça para garantir seu direito à saúde, assegurado desde 1988 pela nova Constituição Federal com a criação do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A Constituição Federal (art. 196) afirma que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante a políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2012).

Os aspectos da judicialização na saúde mostram que existe demanda para a justiça na área, dentro do propósito de assegurar a proteção dos usuários do sistema frente ao Estado. É uma alternativa legal que garante o direito à saúde, principalmente em processos individuais, mesmo que ainda exista uma grande lacuna entre a legislação e a realidade para a efetivação desse importante direito. A judicialização na saúde tem sido uma estratégia dos cidadãos para buscar e garantir seus direitos no poder judiciário. Esse tema é frequentemente abordado para tratar sobre a assistência farmacêutica, procedimentos, exames, gerenciamento de leitos, entre outros (PEPE *et al.*, 2010).

O assunto conclama os gestores a analisar esse tópico, no intuito de preservar as diretrizes do SUS, e a partir de meados da década de 1990 o número de mandados

judiciais na saúde vem aumentando exponencialmente (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

A reivindicação de direitos é fundamental para a efetivação do SUS, porém, fatores como a desigualdade social e econômica existentes no Brasil corroboram para que o direito à saúde não seja viabilizado concretamente (NUNES *et al.*, 2014). Segundo Delduque e Oliveira (2009), enquanto ainda houver desigualdades sociais significantes, o direito à saúde permanece em constante edificação.

A contemplação sobre a prática da judicialização na saúde merece a atenção dos profissionais da saúde. O grande desafio nesse campo resume-se em aperfeiçoar os sistemas de saúde e formular estratégias políticas capazes de garantir a equidade entre os sujeitos e o direito à saúde (VENTURA *et al.*, 2010).

Esse é um tema que ainda permanece atual e pertinente, evidenciando a primordialidade da comunicação entre a saúde e o sistema judiciário e a aproximação dos dois setores (D'ESPINDULA, 2013).

A judicialização do exercício da maternagem envolve outras problemáticas que reverberam a assistência às gestantes supostamente usuárias de drogas e/ou em situação de vulnerabilidade psicossocial. O afastamento compulsório de mulheres usuárias de drogas e seus recém-nascidos foi o termo mais utilizado para se referir a esse assunto, em seminários e em eventos públicos.

A drogadição ao longo do ciclo gravídico-puerperal é um assunto que se apresenta como relevante para os profissionais da saúde. Necessita de abordagens que associem a prevenção e a promoção da saúde à organização de serviços assistenciais e, conseqüentemente, à formulação de políticas públicas representativas (KARMALUK *et al.*, 2018).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, (ECA), foi um dos maiores avanços obtidos em favor da infância e da juventude em nosso país. O ECA afluiu para garantir os direitos das crianças e dos adolescentes. O artigo 19 do capítulo III do Estatuto foi bastante empregado para afastar sistematicamente mulheres usuárias de drogas e seus bebês. Já que a dita convivência familiar deveria ser “em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes” (BRASIL, 1990).

E foi justamente com base nesse artigo que juízes da Infância e da Juventude, vieram conclamando profissionais da saúde, através de ofícios desde o ano 2010, a notificá-los em caso de gestantes e puérperas adictas nas maternidades públicas. Em Belo Horizonte recomendaram oficialmente às maternidades que comunicassem todos os casos em que as puérperas ou gestantes fossem usuárias de drogas. No estado de Minas Gerais, as advertências formalizadas pelo Ministério Público e a 23ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude de Belo Horizonte (RECOMENDAÇÃO Nº 5, 2014), orientavam e responsabilizavam as equipes de saúde das maternidades e demais estabelecimentos de saúde pelos encaminhamentos das mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de vulnerabilidade social para as Varas da Infância e Juventude. A recomendação estabelece:

Que os casos de negligência e maus-tratos ao nascituro ou ao recém-nascido, bem como os casos de mães usuárias de substâncias entorpecentes sejam comunicados à Vara de Infância e Juventude de Belo Horizonte para decisão sobre o acolhimento ou entrega do(da) recém-nascido à família de origem ou extensa. (PLANALTO, 2014).

A polêmica recomendação seguiu criando discordância entre os setores de saúde, assistência social e de justiça, principalmente a partir de sua retificação no mesmo ano, em agosto de 2014 (RECOMENDAÇÃO Nº 6, 2014). Nessa correção, as gestantes sem registro de acompanhamento pré-natal também deveriam ser encaminhadas às Varas da Infância e Juventude.

Que os casos de gestantes que se recusam a fazer o pré-natal sejam comunicados à Vara da Infância e Juventude para que sejam adotadas as medidas adequadas de proteção ao nascituro. (PLANALTO, 2014).

Os profissionais da saúde, a partir dessa recomendação, passaram a se sentir pressionados a notificar todo e qualquer caso que envolva uso de drogas por parte das mães à justiça. A separação compulsória de uma mãe e seu bebê ainda sobre a égide hospitalar requer relativização sobre tais recomendações normativas. Tal tópico refletiu fortemente na assistência dos profissionais da saúde que trabalham em maternidades; entendeu-se que a recomendação judicial e todos os seus desdobramentos geraram um

movimento de criminalização da pobreza, uma forma de violência estrutural e institucional (VALLE, 2006).

Com o auxílio de Defensores Públicos, algumas manifestações foram elaboradas, em forma de notas técnicas, que enfatizam que cada mulher e bebê são únicos e carregam uma história singular, sendo necessária a análise, caso a caso, realizada por equipes técnicas qualificadas (BRASIL, 2015). O documento ainda contém fluxos e diretrizes para atenção às mulheres/famílias em condição de vulnerabilidade, na tentativa de viabilizar a proteção social e manter os direitos de mulheres e bebês nessas situações.

Em 2016 o artigo 19 do ECA sofreu mudanças apreciáveis, uma vez que consta na retificação o reconhecimento de que:

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. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016).

Nessa mudança, o ECA compreende que o desenvolvimento integral dos infantes deve ser considerado, para além do uso de drogas em seu meio social. E é claro que a exposição de crianças em um ambiente seguro depende de muitos fatores externos. O que acontece nos casos de famílias em vulnerabilidade social é que o uso de drogas vem acompanhado da miséria e outras condições de possível risco para crianças (MORAIS; KOLLER, 2010).

Tais documentos e leis que refutaram a antiga redação do art. 19 e a Recomendação de Minas Gerais manifestam o acesso à saúde e a garantia da convivência familiar, alertando que a vulnerabilidade social não pode ser utilizada como condicionante para decidir sobre a conservação e/ou eliminação de prerrogativas fundamentais. É um paradigma moral sobre o lugar de mãe e que reflete na ideia dos valores de que uma mulher que usa drogas estaria, exclusivamente por isso, inábil a cuidar de uma criança (LIMBERGER; SCHNEIDER; ANDREATTA, 2015). A avaliação de mulheres e recém-nascidos, com um possível encaminhamento durante a internação hospitalar, fica sob responsabilidade das equipes multiprofissionais, e não sob ordem judicial (NICHATA *et al.*, 2008).

As notificações judiciais advindas das maternidades para as Varas da Infância são o efeito de fundamentos que permeiam a rede de proteção à criança. Uma notificação que gera uma judicialização não necessariamente previne ou protege crianças. Afastá-las de suas mães não cessa o ciclo maternal dessas mulheres nem faz com que elas saiam das ruas ou parem de usar drogas. A separação da mãe e do bebê pode produzir marcas contínuas de desamparo, não sendo capaz de interromper os principais motivos do afastamento da díade: dependência química, pobreza extrema, falta de suporte familiar e social (GARCIA; MENANDR; ULIANA, 2016).

No Rio de Janeiro, as maternidades receberam recomendações informais relativas ao afastamento compulsório desde o ano de 2014, e o movimento dos técnicos multiprofissionais que atuam em maternidades foi institucionalizado no Rio de Janeiro através do Fórum Permanente Maternidade, Drogas e Convivência Familiar, realizado mensalmente na Defensoria Pública do RJ, um espaço de circulação de informações e discussões éticas para lidar com a solicitação das recomendações judiciais e do afastamento compulsório.

Os processos de trabalho intersetoriais na saúde e a judicialização do cuidado têm provocado reverberações na assistência como no dito afastamento compulsório na maternidade. O ato de judicializar uma temática deveria garantir os direitos de todas as partes envolvidas, porém, no que diz respeito aos direitos das mulheres ao cuidado, o Estado ainda se mostra como deficitário em estabelecer políticas públicas de cuidado que possam dar conta desse requerimento e garantir a convivência familiar de mães em situação de vulnerabilidade e/ou usuárias de drogas e seus filhos. As judicializações na saúde e o efeito desse fenômeno na rede de assistência refletem a importância de aludir discussões acerca de novas conjunturas sociais, possibilitando novas construções no desafio que é o cuidado nas situações de vulnerabilidade (SOUZA *et al.*, 2018).

Para tal, a formação dos profissionais e a educação permanente em saúde e o aprofundamento acadêmico da temática podem auxiliar a prática cotidiana e trazer reflexões preciosas que podem aprimorar a assistência nesses casos. O saber dos profissionais da saúde, nesta área, ainda se baseia no saber médico, com enfoque na dependência química, para propiciar uma visão ampla e afastada do senso comum de toda a questão (SILVA; PEREIRA; PENNA, 2018).

O manejo multiprofissional e intersetorial são imprescindíveis nesses casos. A rede de assistência combate a falta de vontade política de suprir as necessidades das mulheres em vulnerabilidade psicossocial e requer mais capacitação institucional, visando a compreensão dos sujeitos e suporte assistencial por parte do Estado (COSTA *et al.* 2012).

A análise de implicação (FORTUNA *et al.*, 2016) encontra-se na regularidade do trabalho de qualquer profissional. Quanto mais especialistas em uma determinada área, mais contaminados com seus saberes e pré-julgamentos (LOURAU, 2004). Tal análise caracteriza-se como coerente defronte dessa conjuntura, que traz a caracterização da implicação como uma posição crítica a algumas intervenções. Em relação ao lugar e à responsabilidade dos profissionais envolvidos na assistência, Coimbra e Nascimento (2008, p. 145) apontam que:

Colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdades — consideradas absolutas, universais e eternas — seus efeitos, o que elas põem em funcionamento com o que elas se agenciam é romper com a lógica racionalista ainda tão fortemente presente no pensamento ocidental.

As autoras afirmam que a análise de implicação pode auxiliar a problemática de qualquer prática profissional, com a finalidade de evitar atravessamentos pessoais e auxiliar as intervenções nas instituições. Desse modo, a capacitação e reflexão dos afetos, efeitos e movimentos dos profissionais diante dos fluxos de trabalho das notificações judiciais podem incrementar e respaldar os profissionais da saúde em suas práticas assistenciais em maternidades (PENIDO, 2015). A importância desse assunto é fundamental para toda a rede de saúde, na intenção de prover cuidado integral e contínuo (BARROS; PILLON, 2007).

4.1.2 Rede de assistência para gestantes em vulnerabilidade psicossocial

As redes de assistência à saúde foram descritas pela primeira vez em 1920, através do Relatório Dawson, na Inglaterra, após a Primeira Guerra Mundial (LAVRAS, 2011). A idealização das mesmas despontou com a finalidade de realizar mudanças

efetivas no sistema de proteção social e prestar serviços à população de maneira integrada, regionalizada, hierárquica e organizada (STARFIELD, 2002). A sistematização das redes de atenção e a organização dos serviços de saúde de maneira hierarquizada foram premissas discutidas na reorganização do SUS, que se referenciou em experiências exitosas de outros países que construíram sistemas universais, como a Inglaterra (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Outras balizas que tiveram contribuições relevantes para o desenvolvimento do primeiro nível de atenção como o Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários Agora Mais Que Nunca, da Organização Mundial de Saúde (2008), que identifica a relevância dos sistemas de atenção à saúde, tendo como principal pilar uma Atenção Primária potente.

Lavras (2011) evidencia que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

No Brasil, o SUS é organizado em três níveis de atenção descentralizados: a APS, que seria a porta de entrada para o sistema, a Atenção Secundária, que consiste nos atendimentos ambulatoriais e de média complexidade, e a Atenção Terciária, de alta complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A APS é uma política com enfoque na reorganização do modelo assistencial, objetivando a integralidade do cuidado (CAMPOS, 1999), e por meio do Programa Saúde da Família (PSF) trouxe grandes mudanças para a integração dos serviços de atenção, das políticas sociais e dos outros níveis de atenção (CONILL, 2008).

A atribuição da APS nas redes de atenção à saúde é sistemática, na tentativa de alinhar o tecido da assistência, exaltando a continuidade do cuidado e aprimorando a costura entre os serviços de saúde nos territórios, promovendo o bem-estar comunitário e o acolhimento nas localidades de atuação. A organização das redes de atenção à saúde é de extrema valia pela capacidade de cuidado integrado e acompanhamento longitudinal à clientela adulta (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

O usuário do sistema de saúde deve ser o ponto central de todo o procedimento, amparado pelas tecnologias em saúde e práticas multidisciplinares, para que possam ser oportunizadas a ele potencialidades sobre suas escolhas no decorrer da elaboração de seu projeto terapêutico (ASSEGA *et al.*, 2015). Notoriamente, a produção das linhas de cuidado em saúde é constituída de aspectos sistêmicos, ilustrada a partir de redes macro e microinstitucionais, atuando em processos dinâmicos (MERHY; CECÍLIO, 2003). Dessa maneira, as linhas de cuidado figuram a construção de janelas de oportunidades para o usuário do sistema de saúde, principalmente quando consideramos as prerrogativas e competências da APS.

Logo, a APS responde às necessidades dos indivíduos usuários de álcool e outras drogas de maneira inclusiva (SOUZA; RONZANI, 2012), em iniciativas como os Consultórios na Rua, que costumam realizar o acompanhamento pré-natal das mulheres em situação de vulnerabilidade, promovendo a equidade e dando uma alternativa de cuidado à essa população (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Os conceitos acerca das vulnerabilidades dentro do campo da saúde podem influenciar práticas sociais e políticas públicas nesse âmbito, expandindo a atuação com base no entendimento da fragilidade de um determinado grupo social (CARMO; GUIZARDI, 2018). Pautado nas reflexões sobre a relação entre saúde e direitos humanos, a vulnerabilidade é compreendida como a susceptibilidade de determinados sujeitos estarem expostos a alguma questão (THEOPHILO *et al.*, 2018).

O fortalecimento da rede nos casos em que as vulnerabilidades são detectadas é deveras importante, sendo que a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas ressalta que no cuidado sejam vistos cuidadosamente os aspectos biopsicossociais de cada sujeito abordado em vez de praticar ações de controle e punição para esse grupo (PAULA *et al.*, 2014). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm unidades direcionadas para o álcool e drogas, mas não existem dispositivos que se ocupem exclusivamente de mulheres na gestação e no puerpério, com as necessidades e suporte específicos dessa temporalidade (LEAL; ANTONI, 2013). Tal estratégia de cuidado considera as dimensões territoriais e finca-se em uma localidade estratégica para prover a assistência e articulando o cuidado de maneira intersetorial (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL *et al.*, 2012).

No tocante às gestantes usuárias de drogas, o acompanhamento pré-natal se apresenta com um leque de opções para abordar mulheres em vulnerabilidade psicossocial. Presta-se com uma categoria de acompanhamento que pode aproximar o usuário do sistema de saúde da APS, provendo a sistematização entre o cuidado e a prevenção (SOUSA *et al.*, 2016).

Visto que as gestantes usuárias de drogas psicoativas constituem um grupo de alta vulnerabilidade a sofrer intercorrências diversas durante o ciclo gravídico-puerperal, como: apresentar doenças sexualmente transmissíveis, risco de infecções, descolamento prematuro da placenta, hipertonia uterina etc. (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014). Somando-se os riscos associados aos comportamentos de risco e à pobreza, que constituem uma gama de adversidades nem sempre fáceis de contemplar ao longo do pré-natal (SANTANA, 2014).

Toda gestante ou puérpera que esteja em situação de rua, seja usuária de álcool, seja de outras drogas, que apresenta questões psiquiátricas e que não está inserida na rede de assistência e saúde é considerada como em estado de vulnerabilidade psicossocial. A vivência da maternidade nesse contexto ainda carece da implementação de estratégias do cuidado em saúde (MUÑOZ *et al.*, 2013).

No Brasil, a assistência pré-natal às mulheres que fazem uso de álcool ou outras drogas é apontada como insuficiente nas questões de acolhimento e de informação, com necessidade de adaptação das práticas a esse público (MARCOLINO *et al.*, 2018), preconizando um número mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005).

As taxas de mortalidade materna vêm subindo no Brasil desde o ano de 2015, mesmo com a meta de reduzir 75% das mortes até o mesmo ano, de acordo com o pacto estabelecido entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU. Considerando os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade-MS, em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna (BRASIL, 2018). O acompanhamento pré-natal tem cobertura satisfatória no país, porém, desigualdades sociais e regionais são significantes para que as mulheres possam contar com acesso e assistência apropriada (DOMINGUES *et al.*, 2015).

A rede para as mulheres em vulnerabilidades é falha e sua trama ainda requer muitas costuras para que o Estado ofereça suporte necessário para as que desejam cuidar de seus filhos e se encontram impossibilitadas pelas adversidades enfrentadas. Existe ainda uma lacuna nos serviços que possam responder à complexidade da realidade dessas mulheres (RIBEIRO; CARVALHO, 2015).

Em maio de 2017, foi inaugurado pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Espaço ELOOS, uma experiência no RJ voltada para o cuidado com gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade psicossocial e/ou uso de drogas no RJ. O equipamento recebeu financiamento do Ministério da Justiça e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Tratava-se de um projeto pioneiro, com metodologia inovadora e uma proposta de trabalho em rede, que funcionou por quatro meses e foi finalizado em setembro de 2017.

O Espaço ELOOS tinha como principal objetivo viabilizar a reinserção comunitária, estimulando o desenvolvimento de autonomia das mulheres em vulnerabilidade, pois os equipamentos sociais voltados para mulheres em vulnerabilidade social devem estar integrado com serviços de saúde e articulado com os devidos dispositivos do setor de assistência social. Tais espaços deveriam estar preparados, de maneira especializada (MAIA; MESQUITA, 2015), para reinserir as mulheres em contextos diferentes aos quais estavam expostas, dando alternativas diferentes aos contextos de miséria e de violência urbana (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998). Nos quatro meses em que o projeto funcionou, um intenso trabalho foi desenvolvido com a rede de serviços da saúde e da assistência social, intensificando a aproximação com os serviços de saúde.

As políticas públicas voltadas para mulheres em vulnerabilidade, na maioria dos casos, são compensatórias e assistencialistas, e não garantem o acesso à saúde integral. Por esse motivo tais políticas têm de ser coerentes com as reais necessidades desse público (PAIVA *et al.*, 2016).

4.2 Análise sobre algumas construções socioculturais sobre a maternidade: idealizações sobre as mulheres, racismo e uso de drogas

As representações sociais que simbolizam a qualidade de ser mãe designam definições culturais e históricas da esfera do feminino e do papel das mulheres em nossa sociedade (MARTINS, 2004). Basta considerar que a retórica maternalista está no discurso da sociedade de nosso tempo, em tom de senso comum e infiltrado nos mais diversos espaços coletivos (SCAVONE, 2001). A problematização a respeito do mito do amor materno suscita as mais diversas facetas que concernem à tônica da maternidade e do processo de tornar-se mãe. Uma das teóricas precursoras dessa ideologia e que introduziu a premissa na literatura foi Elisabeth Badinter. Desde então, surge a reflexão de que o amor materno não é tão natural como se pensava nem tão puro, e a instantaneidade mágica do ato de amar e cuidar de um filho foi questionada de maneira emblemática (BADINTER, 1985).

Algumas mulheres podem tomar um bebê para si logo após o nascimento; outras precisam criar um espaço em sua vida para essa criança ocupar. O imaginário social que rodeia a maternidade e seus processos parecem indicar que ainda vigora a crença no mito do amor materno. É como algo que reside nas entranhas de nossa sociedade e que expõe a delicadeza das variáveis do ato de se tornar mãe (MOREIRA; RASERA, 2009).

A construção do vínculo com o filho expõe uma infinita variabilidade de sentimentos, muitas vezes atribuídos à essência maternal das mulheres. Na evolução da história do mundo ocidental parece que essa relação entre a mãe e seu filho e a dedicação a ela implicada não é igual, depende de interesses, fatores culturais e do ambiente social, frutificado a partir de uma série de discursos e práticas globais. Não é compreendido como determinante nem sublime, mas, sim, algo edificado de maneira singular (BYDLOWSKI, 2002).

Quando Ariès (1978) configurou a concepção de infância, traçou um perfil acerca das características do meio social das crianças ocidentais a partir do século 12, que era compreendido como um período desvalorizado, sem estágios de desenvolvimento, apontando para a sua fragilidade e das mulheres à época (BARBOSA; MAGALHÃES, 2008). O processo histórico que enalteceu a infância fincou-se significativamente no século 16 e durante o século 17, quando os costumes culturais

apresentaram mudanças significativas com o advento do Iluminismo. Rousseau enfatizou, no “Emílio”, a caracterização do que representava ser uma criança na época. A partir disso, aparece a ideia de periodização da vida e aprendizado, atribuindo temporalidade e reconhecendo o período da infância (BOTO, 2010).

Na sociedade inicial do Brasil, mulheres oriundas da metrópole portuguesa chegaram para povoar as grandes cidades, trazendo em suas bagagens referências europeias sobre doutrinas e padrões de maternagem e de feminilidade. Houve uma expressiva combinação étnica, mesclaram-se com as dinâmicas maternais indígenas e africanas e se depararam com normas e formatos familiares diferentes (VENÂNCIO, 2008). A colonização do Brasil produziu um corpo social em que mulheres e crianças não tinham muito valor, eram membros de segundo plano em um grupo no qual os homens prevaleciam (MARTINS, 2005). O estilo de vida da nova burguesia brasileira remodelou a coabitação doméstica, com critérios higienistas e relativos à boa saúde, trespassando o cotidiano das famílias mais abastadas e ditando normas para a conservação dos bons costumes no novo padrão para o mundo familiar. Donzelot (1980) assinalou que:

O sentimento moderno da família teria surgido nas camadas burguesas e nobres do Antigo Regime estendendo-se, posteriormente, através de círculos concêntricos, para todas as classes sociais, inclusive o proletariado do fim do século 19. Porém, por quais razões teriam as camadas populares aderido à moral burguesa e se teriam submetido às injunções familialistas daqueles que a dominavam? Podemos dizer que a vida familiar se transformou num valor universal pela simples força de atração de seu modelo burguês? E o que permite afirmar que o sentimento da família, nas camadas populares, é da mesma natureza que nas outras classes sociais, que obedece à mesma lógica de constituição, tem os mesmos valores, as mesmas esperanças e possui os mesmos efeitos?

As mulheres brasileiras foram influenciadas pelos parâmetros de seus colonizadores e receberam referências de como proceder para o reconhecimento social que permitisse amparar seu filho (RESENDE, 2017). No discurso maternalista, verificado em nosso país na década de 1920 e compreendendo a maternidade como função e ordem pública, a infância era assimilada e protegida como o futuro da nação. Essa concepção teve como origem a valorização das mulheres na sociedade como cuidadoras. Parte da responsabilidade da rotina das mães: levar as crianças para passear, cuidar de suas alimentações, banhos de sol e higiene e não faltar a consultas médicas

(FREIRE, 2009). Essas atividades são diferentes das praticadas por mães contemporâneas, que têm outras funções e atribuições na sociedade, mas a mesma cobrança é sentida, mesmo que de forma velada, nas falas do senso comum e da sociedade como um todo (MENEZES *et al.*, 2012).

O direito reprodutivo das mulheres no Brasil ainda é questionado, dependendo das condições de vida, gênero e classe sociocultural, em particular o das mulheres negras que fazem uso de substâncias psicoativas (SOUZAS; ALVARENGA, 2007).

As mulheres que são usuárias de drogas parecem ainda enfrentar o peso dos demais estigmas quando engravidam. O uso de substâncias psicoativas durante a gestação faz com que o tratamento e a aderência a ele sejam mais difíceis. Costa *et al.* (2012) ressaltam que o melhor caminho para o cuidado dessas gestantes seria o da prevenção e que a natureza dessa problemática seria multifatorial. A imagem da mulher que usa drogas carrega um peso moral que causa depreciação e enrijece as barreiras de sua recuperação ao buscar tratamentos e acompanhamento na rede de saúde convencional (MEDEIROS *et al.*, 2015).

A toxicodependência entre as mulheres é uma importante questão para a saúde pública. O uso de drogas ao longo da gestação e do puerpério requer grande consideração por parte dos profissionais, por ser um período em que as mulheres necessitam de suporte intervencional significativo ao longo desse tempo, e os poucos serviços existentes apresentam-se como deficitários para a questão (RAMIRO *et al.*, 2018). A complexidade do assunto solicita um olhar interdisciplinar para abordar a questão e que leve em consideração o contexto de vida e as especificidades das mulheres expostas a vulnerabilidades sociais e/ou usuárias de drogas no Brasil (LIMBERGER *et al.*, 2016).

O uso de drogas como crack e cocaína tendem a levar a consequências orgânicas, como o descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina e hepática, isquemia cerebral, infarto e a morte (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2008). O contexto de violência que envolve o uso de drogas também deve ser levado em consideração, e os programas voltados para as mulheres usuárias de drogas deveriam envolver suas redes familiares e afetivas, com a comunidade, na expectativa de trabalhar os preconceitos sociais (MINAYO; DESLANDES, 1998).

O surgimento de drogas relativamente “novas”, como o crack, coloca em evidência a midiaticização do uso e de suas consequências nos veículos de comunicação, geralmente, de um jeito sensacionalista e determinista (ROMANINI; ROSO, 2014), principalmente devido ao discurso midiático que infere as mulheres usuárias de drogas, especialmente do crack. Macedo *et al.* (2015) discursam sobre esse ser um novo tipo de racismo e que estaria diretamente ligado aos direitos sexuais e reprodutivos e aos estudos relativos a gênero. Enfatizam que, através das comunicações midiáticas, o uso do crack na gestação torna-se um problema social, que não se preocupa em levar em consideração os contextos históricos e sociais de tais mulheres, causando discriminação e medidas de exclusão e, posteriormente, barreiras de acesso e cuidado em saúde. Inclusive, as desigualdades raciais influenciam a qualidade da assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, pois os reflexos do racismo e da desigualdade de gênero e raça nos serviços de saúde existem e atingem as mulheres negras, em sua maioria (BATISTA *et al.*, 2016).

O racismo se apresenta de maneira institucional e determinante no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde para mulheres negras. Esse tipo de dificuldade limita o cuidado, inviabiliza a prevenção e viola o acesso à saúde, produzindo disparidades que impactam o processo de saúde e adoecimento de mulheres negras (GOES; NASCIMENTO, 2013). O desenvolvimento de estratégias para combater essas diferenças relativas ao acesso e à qualidade da saúde para as mulheres negras e promover a equidade no cuidado é necessária para que a assistência perinatal no Brasil possa avançar (DINIZ *et al.*, 2016).

Leal *et al.* (2017) discorrem sobre as puérperas de cor parda terem mais risco de passar por um acompanhamento pré-natal inadequado, isto é, diferente das diretrizes preconizadas pelo SUS. Quando comparadas a mulheres brancas, são apontadas diferenças raciais e de cuidado entre mulheres negras, pardas e brancas no Brasil.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de pesquisa

Será utilizada a análise documental, com busca em prontuários de gestantes e seus bebês, com a finalidade de descrever o perfil social e de saúde nos registros oficiais das maternidades, além de identificar os motivos para os encaminhamentos judiciais às Varas da Infância, redigidos por profissionais da saúde.

Também será realizada a caracterização das equipes responsáveis pelos encaminhamentos e suas atribuições ao longo deste procedimento.

5.2 Cenário da pesquisa

O estudo será realizado nas maternidades do Hospital Federal de Bonsucesso e do Hospital Municipal Fernando Magalhães, ambas públicas, de portas abertas para emergências e casos de alto risco. As instituições foram escolhidas por possuírem unidades neonatais, referências para alto risco materno-fetal, e por estarem em localizações estratégicas para o acesso da população de alto risco.

A maternidade do Hospital Federal de Bonsucesso (A.P. 3.1), localizada na área da Leopoldina, no bairro de Bonsucesso, é o maior hospital federal do município e é uma das referências para alto risco materno-fetal. Situa-se no cerne dos complexos da Maré, de Manguinhos e do Alemão, áreas delicadas do ponto de vista psicossocial (PRATA *et al.*, 2017).

O Hospital Maternidade Fernando Magalhães (A.P. 1.0.), localizado em São Cristóvão, é uma unidade da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, indicada também para pacientes de alto risco. Atende a população do centro da cidade, onde está parte da população de rua (HINO; SANTOS; ROSA, 2018).

Quadro 1 — Dados das maternidades do HFB e HMFM sobre partos e atendimentos no ano de 2017

Dados das unidades no ano de 2017	Hospital Federal de Bonsucesso	Hospital Municipal Fernando Magalhães
Partos	1.051	4.639
Atendimentos em ginecologia e obstetrícia na admissão/emergência	12.498	20.557

Fonte: Dados informados pelo setor de Planejamento e Administração das unidades.

5.3 Fonte de informação

Foram utilizados prontuários de pacientes notificadas às Varas da Infância do Rio de Janeiro e que passaram por processo de perícia/avaliação após a alta das maternidades escolhidas, entre os anos de 2014 e 2017. Também foram avaliados os registros de atas de reuniões de equipe das maternidades e outros documentos nos quais foram abordadas questões relativas aos casos encaminhados à justiça.

5.4 Instrumentos

A coleta de dados foi realizada a partir de roteiros estruturados. Para identificar o perfil social e de saúde foram consideradas as variáveis de condições sociais das pacientes, parto e puerpério imediato, condições de nascimento dos recém-nascidos e uso de drogas e/ou outras vulnerabilidades das mulheres. Desse modo, foram utilizados quatro roteiros de pesquisa distintos, cada um para uma fonte de informação:

- 1) Roteiro de pesquisa para avaliar os prontuários das mulheres com o perfil sociodemográfico da puérpera e de sua gestação.
- 2) Roteiro de pesquisa para avaliar os prontuários dos bebês com informações sobre suas condições de saúde durante o parto e nascimento.
- 3) Roteiro de pesquisa para avaliar os motivos dos profissionais da saúde: com variáveis sobre registros de utilização da Atenção Primária, realização do acompanhamento pré-natal, atendimentos do CRAS, CREAS, Consultório na Rua, Clínica da Família e demais equipamentos envolvidos na notificação.

- 4) Roteiro de pesquisa para avaliar os registros das equipes: com descrição do perfil, temáticas abordadas nas discussões de casos e os dispositivos acionados.

Para a identificação dos motivos, o roteiro abrangia as questões de como os registros eram confeccionados e de quais eram os dados utilizados para a organização da notificação à justiça.

5.5 Aspectos da logística do trabalho de campo

Foi realizado contato prévio com atores-chave das instituições escolhidas para acesso e disponibilização dos documentos. Também foram solicitadas as listas com os números e prontuários de todas as mulheres encaminhadas para as Varas da Infância entre os anos de 2014 e 2017, para entrega dos arquivos e reserva dos documentos.

No HFB, a lista continha 79 prontuários e no HMFMM 41 prontuários, totalizando 120. Destes 120 somente 95 foram acessados, os outros não foram achados nos arquivos das unidades. Nas duas maternidades os prontuários ficam em um departamento específico, o Arquivo de Documentação Médica, que foi o responsável por disponibilizar os documentos para a pesquisa.

Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), com base na resolução n. 466/12, artigo II.25, do Conselho Nacional de Saúde diante da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Não seria possível o contato com os sujeitos da pesquisa, que é flutuante, sem território específico e demarcado, dificultando o contato e o acesso. O projeto foi submetido aos comitês de ética da Universidade Estácio de Sá, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro — SMS/RJ e de uma das unidades selecionadas com os pareceres 3.116.143, 3.214.335 e 3.168.209, respectivamente.

A leitura dos prontuários e a aplicação do roteiro de pesquisa aos documentos foi realizada em sala reservada, disponibilizada pelas chefias de cada unidade, no período de março a junho de 2019, após a liberação dos Comitês de Ética em Pesquisa.

5.6 Análise de dados

Foi realizada a epidemiologia descritiva com delineamento do perfil social e de saúde das puérperas e recém-nascidos envolvidos. A caracterização dos motivos foi extraída dos relatórios das equipes de saúde, também nos prontuários e outros documentos utilizados.

A análise do perfil das puérperas e dos recém-nascidos foi realizada através de medidas de frequência e prevalências, após a construção de banco de dados e digitalização utilizando o software EPI INFO (EPI Info, 2014).

Para a identificação dos motivos que levaram as equipes ao encaminhamento foi realizada a leitura flutuante e a categorização com análise de conteúdo segundo Bardin (2011). A autora trabalha com a análise de conteúdo a compreendendo como um agrupamento de técnicas de análise que visam descrever conhecimentos produzidos a partir de uma coleta de dados. Essas técnicas são compreendidas em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na pré-análise foi feita a leitura flutuante dos prontuários; a partir disso, determinadas variáveis se destacaram. Na preparação do material, compilamos um banco de dados que serviu para organizar todo o material coletado e examinado. Na terceira fase foram identificados os atores influentes e/ou envolvidos nas notificações, qual o peso da avaliação de cada membro da equipe e se era possível identificar divergências nos olhares e percepções. Foram identificadas duas grandes categorias: abuso de substâncias e falta de rede de suporte. Apesar de diferentes, as duas categorias estavam juntas em todos os registros examinados, e as judicializações eram inevitáveis.

6 RESULTADOS

Foram analisados 95 prontuários durante o período de coleta: 69 na maternidade do HFB e 26 na maternidade do HMFM. Não houve nenhuma perda. Os dados foram colhidos e calculados conforme estavam registrados nos documentos.

A Tabela 1 traz o perfil das puérperas, de suas gestações e dos bebês que foram encaminhados para a Vara da Infância.

Tabela 1 — Perfil das puérperas, gestações e dos bebês encaminhados às Varas da Infância em duas maternidades no município do RJ, de 2014 a 2017

Perfil		N	%	
Mãe	Cor (N = 95)	Parda	36	37,9
		Negra	32	33,7
		Amarela	1	1,1
		Branca	1	1,1
		Indeterminada	25	26,3
	Usuária de drogas (N = 92)	74	80,4	
	Fumante (N = 42)	32	76,2	
Gestação	Realização de pré-natal (N=89)	28	31,5	
	IST (N = 84)	35	41,7	
Bebê	Prematuridade (N=84)	39	46,4	
	Internação em UTI-UI (N=87)	71	81,6	

As mulheres, em sua maioria, eram pardas (37,9%), sendo que essa cor constava nos registros em prontuários sem maiores informações. Não sabemos se as mulheres se autodeclararam assim ou se quem as internou as classificou com essa cor. Osório (2003) discute sobre a singularidade da classificação racial no Brasil e, como ela é baseada na história do país, destaca que em virtude das características que compõem a população brasileira se pode dizer que a população intitulada como parda é fruto de miscigenação entre pretos e brancos. A denominação da cor parda não foi dada pelo IBGE; o termo já era empregado em levantamentos sobre raça desde 1798. As cores preta e pardo compõem a raça negra no Brasil, e muitas vezes são usadas para eximir preconceitos,

racismo e formas de discriminação estrutural. Se olharmos os dados obtidos através desse prisma e juntarmos as mulheres negras e pardas considerando que são da mesma raça, elas constituem 71,6% das mulheres que tiveram o exercício de sua maternidade judicializada; 80,4% das mulheres tinham registro de uso de drogas em seus prontuários; e 76,2% foram registradas como fumantes. Em relação ao uso de drogas, em 90 prontuários continham dados que afirmavam que as puérperas eram ou não adictas. Essa informação estava presente na folha de rosto do prontuário e indicava que grande parte das mulheres deu entrada nas unidades sob o efeito de entorpecentes. Na amostra, 77,8% das mulheres declararam-se usuárias de drogas ou chegaram sob o uso de entorpecentes às unidades e apresentaram situações de crise de abstinência. Nunes *et al.* (2011) alertam que essas mulheres requerem cuidado específico ao chegarem a uma instituição de cuidado, preconizam que o acolhimento dessas pacientes deve acontecer de forma multidisciplinar, e que o manejo com essas mulheres ainda pode ser aperfeiçoado de maneira a oportunizar intervenções e projetos de cunho terapêutico (LANSKY, 2018).

As idades das mulheres variam de 13 a 43 anos e apresentam um percentual maior (78,6%) na faixa de 18 a 32 anos. Apenas 32 prontuários apresentaram registros sobre estado civil; destes, 75% foram declaradas como solteiras, sendo que a média de idade das mulheres notificadas para a justiça é de 34 anos.

Em 84 prontuários havia o registro de que portavam alguma IST, o que representou 41,7%. Segundo Acosta *et al.* (2016), existe a prevalência das mulheres negras infectadas dos IST's como a sífilis e o HIV. O diagnóstico é feito em momentos tardios, como do parto na internação hospitalar, e a prevalência dessas mulheres na não realização do pré-natal também é maior.

Ainda quanto ao perfil das gestações, entre 89 registros relativos ao pré-natal, 28 mulheres fizeram o acompanhamento, o que representa 31,5%. A adesão ao pré-natal foi baixa, o que indica que a falta desse acompanhamento resulta em prematuridade e internações neonatais para que fosse feita a medicação relativa a sífilis, por exemplo. De acordo com as estatísticas de gênero no Brasil (IBGE, 2018), os indicadores sobre o atendimento em consulta pré-natal apontam piores resultados no que tange ao acompanhamento de mulheres pretas e pardas em um comparativo com mulheres brancas. Berquó e Lago (2016) ressaltam que as desigualdades sociais ainda são

determinantes para diferenciar o acesso ao cuidado relativo à saúde reprodutiva e que as mulheres negras e de pior classe econômica enfrentam mais dificuldades ao gestar e parir.

Ainda conforme a Tabela 1, o perfil dos bebês em uma amostra de 84 registros sobre o estado de saúde e condições de nascimento dos recém-nascidos apontou que 46,4% nasceram prematuros e que 81,6% (N:87) necessitaram de internação em unidade neonatal. Xavier *et al.* (2017) indicam que o uso de crack e substâncias psicoativas na gestação produzem efeitos na saúde dos recém-nascidos, como a prematuridade, malformações congênitas, internações em unidades de tratamento intensivo com uso de tecnologias de cuidado e até alimentação por meio de fórmulas lácteas artificiais. Nos dados colhidos, a média de gestações das mulheres foi de quatro, com tempo gestacional médio de 35 semanas; a maioria dos recém-nascidos foi prematuro.

Na Tabela 2 estão os principais motivos que fizeram os profissionais da saúde realizarem notificações às VIJL. Entre 68 registros que abordavam o desejo das mulheres em relação a cuidar dos bebês, 32,4% escolheram não ser suplentes das crianças.

Tabela 2 — Motivos de judicialização e encaminhamentos registrados em prontuários de duas maternidades no município do RJ, de 2014 a 2017

Motivos com informações	N	%
Situação de rua (N: 87)	41	47,1
Presença de distúrbios relacionados à saúde mental (N: 90)	14	15,6
Presença de rede de apoio familiar (N: 87)	61	70,1
Usuária de drogas ilícitas (N: 90)	70	77,8
Presença de documentos de registro civil (N: 65)	20	30,8
Registro de pré-natal (N: 89)	32	36,0
Relato de violência doméstica e/ou sexual (N: 88)	7	8,0
História de acompanhamento pelo conselho tutelar (N: 86)	38	44,2
Outros casos de abandono (N: 68)	22	32,4

Em 87 registros relacionados às condições de moradia e habitação das mulheres, 47,1% encontravam-se em situação de rua, o que indica um estado de vulnerabilidade considerável. Dos 65 registros referentes a documento de registro civil, 30,8% não o tinham no momento da internação hospitalar. A falta de documentos é um agravante considerável para o estado de vulnerabilidade social, inclusive pelo motivo de as mulheres esbarrarem em dificuldades para registrar seus bebês e ter acesso aos serviços de saúde.

Com relação às redes de atendimento a essas mulheres, observamos que teve pouco apoio matricial registrado e que não foi achado nenhum modelo de referência e contrarreferência. Com relação ao acompanhamento pelos Conselhos Tutelares, 44,2% das mulheres já tinham sido direcionadas para o equipamento. Houve registros de discussão intersetorial entre as equipes das maternidades e o dispositivo do CT nos relatórios encaminhados à justiça.

Foram colhidos 87 registros a respeito de suporte familiar, e foi declarado que 70,1% tinham alguma rede de apoio e rede de suporte no momento da notificação, disposta a dar suporte para os bebês; alguns vínculos familiares estariam desgastados, e algumas mulheres não mantinham contato com suas famílias. Henriques *et al.* (2018) destacam que é necessário compreender as repercussões que o uso de drogas causa no âmbito familiar e que a rede de suporte é fundamental para o processo de tratamento e/ou recuperação de um sujeito adicto.

6.1 Descrição das equipes

Na maternidade do HFB, a equipe é composta por médicos obstetras, pediatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Nesta unidade, os registros encaminhados à justiça são confeccionados por psicólogos e assistentes sociais, em relatórios separados, ambos anexados a prontuário.

Já na maternidade do HMFm a composição inclui médicos obstetras, pediatras, psiquiatras e psicólogos (equipe de saúde mental) e assistentes sociais. Nesta unidade, os registros são redigidos, em sua maioria, pelos assistentes sociais.

Os documentos são elaborados pelas diferentes categorias profissionais e anexados aos prontuários. Em nenhuma das duas unidades existe relato de encontros sistemáticos para discussão das situações em apreço, como atas de reuniões. Porém, nas entrevistas realizadas previamente ao início do trabalho de campo ficou confirmado que as categorias profissionais discutem os casos, mesmo que informalmente, antes de confeccionar os registros.

Em relação à avaliação dos motivos dos encaminhamentos, vale ressaltar a composição das equipes nas duas instituições envolvidas, descritas a seguir:

- Na maternidade do HFB, os registros que compõem a notificação judicial são os relatórios separados das equipes de Serviço Social e Psicologia, que constituem o ofício que é encaminhado à Vara da Infância.
- Na outra maternidade, do HMFM, somente os relatórios da equipe de Serviço Social são encaminhados à justiça, levando em consideração a avaliação da equipe de saúde mental.

6.2 Motivos das equipes para o encaminhamento

Esta análise de conteúdo foi feita em três fases fundamentais: a categorização dos motivos dos profissionais, a leitura flutuante e o tratamento dos resultados e suas interpretações (BARDIN, 2011). A identificação das categorias ocorreu não apenas pela sua frequência nos relatórios, mas também considerando situações fora do padrão ou que chamaram a atenção por sua especificidade e singularidade para a linha de cuidado das gestantes em situação de vulnerabilidade psicossocial.

Os principais motivos pelos quais os profissionais da saúde encaminham as situações foram agrupados em duas categorias centrais: uso abusivo de drogas; falta de rede de suporte e judicializações inevitáveis.

6.2.1 Abuso de substâncias e falta de rede de suporte

A primeira categoria foi a mais frequente nos relatórios das duas maternidades, com destaque especial para o uso supostamente abusivo de substâncias ilícitas pelas mulheres.

Foi necessário juntar o uso de drogas com a falta de rede de suporte. Não foi possível dissociar as categorias, pois nos registros ficou evidente que as mulheres que foram notificadas para a justiça precisavam de mais apoio de suas redes familiares para cuidar de si mesmas, por serem supostamente usuárias de drogas. Porém o suporte familiar apareceu em alguns registros, quando os familiares se prontificaram a cuidar dos bebês.

O suporte familiar, afetivo e social caracterizou-se como indissociável ao uso de drogas, no caso das mulheres em vulnerabilidade psicossocial que tiveram seus prontuários examinados, estavam com os vínculos familiares esfacelados e careciam de amparo social para exercer a função da maternidade.

Nos registros de atendimentos familiares em prontuário foi relatado que a mulher estava afastada da família ou sem se comunicar com ela. Algumas avós ou tias nem mesmo sabiam que a mulher estava grávida, só souberam quando os profissionais da maternidade entraram em contato. O quantitativo de 75% das mulheres terem sido descritas como solteiras nos prontuários também corrobora para o fato de que existia uma significativa ausência dos pais dos bebês nas internações das mulheres nas maternidades como fonte de suporte afetivo.

Do mesmo modo, o suporte foi destacado como deficitário por parte da sociedade também, já que somente o acompanhamento prévio do Conselho Tutelar não era suficiente para que elas pudessem sair da maternidade com seus bebês sem nenhum tipo de avaliação da justiça. Os acompanhamentos relativos ao pré-natal e ao acompanhamento em rede, quando existiam, eram sucintos, não fornecendo dados que remeteriam à inserção das mulheres em rede de cuidado.

Como já foi dito, os relatórios descreviam a admissão das gestantes nas unidades sob o efeito de drogas, além dos sinais de abstinência durante a internação, acrescidos de informações sobre situação de rua e não realização do acompanhamento pré-natal. Destacamos alguns registros de prontuários nos quais estão descritos alguns detalhes sobre o uso de drogas sob a égide das internações hospitalares:

[...] Saiu à revelia, parto em via pública, trazida pela polícia militar, sem pré-natal, usuária de drogas.

[...] Chegou desorientada à unidade, houve suspeita de uso de drogas durante a internação.

[...] A filha do pai do RN vem à instituição dizer que cuida da filha de 2 anos do casal que usa drogas e teria deixado a criança desnutrida. Afirma que ambos trocariam os filhos por drogas e que estaria disposta a ficar com a guarda do RN.

[...] Genitora fez uso de drogas durante a internação e evadiu à revelia.

Seguem alguns trechos de registros acerca da falta de suporte social e afetivo, coletados em relatórios e em evoluções em prontuário:

[...] Adolescente em situação de rua. As maternidades foram notificadas pela Vara da Infância quando a paciente ainda era gestante. Se fosse admitida na unidade, a equipe deveria realizar a notificação. Adolescente sem rede de suporte familiar.

[...] Paciente e rede familiar com endereço de referência insalubre. De acordo com o Consultório na Rua, casa com risco de desabamento e infestação de ratos.

[...] Múltiplas vulnerabilidades, genitora sem rede de suporte, RN microcefálico com necessidades especiais.

[...] Paciente com retardo mental leve, agressiva com a equipe, em situação de rua, apresenta uma amiga.

[...] Paciente veio do Ceará, vivendo em situação de extrema vulnerabilidade, não tem endereço fixo ou rede de suporte no RJ e com dificuldades socioeconômicas.

Em relação à presença de rede de apoio familiar, algumas genitoras afirmavam ausência de condições para cuidar do bebê naquele momento, indicando familiares que estariam dispostos a colaborar. Em alguns casos, os familiares declararam a impossibilidade financeira de ficar responsável por mais um bebê, já que possuíam a guarda de outras crianças da mesma mulher. Algumas puérperas não tinham contato com suas famílias; estavam com seus vínculos enfraquecidos justamente por usar drogas e estar em situação de rua (MATTIELLO; RAMOS, 2018).

6.2.2 Judicializações inevitáveis

A segunda categoria trata de judicializações que seriam inevitáveis e independentes do uso de drogas e/ou falta de rede de suporte, decorrente de problemas de saúde mental, encaminhamentos voluntários para adoção pelo desejo da genitora ou abandono dos recém-nascidos nas instituições.

Foi constatado que 6 das 95 puérperas que tiveram seus prontuários examinados apresentavam questões graves relativas à saúde mental e que suas famílias se apresentaram como possíveis cuidadores para pleitear a guarda dos bebês.

Em 22 dos 95 prontuários apreciados, as genitoras gostariam de encaminhar os bebês para adoção, verbalizando esse desejo para os profissionais da saúde. Algumas abandonaram o bebê na unidade, não faziam visitas e não deixaram contatos; sem elaboração em espaço terapêutico e sem orientações de suporte jurídico e emocional acerca da decisão.

Houve dois casos de morte materna; os motivos não estavam especificados nos prontuários dos bebês. Os recém-nascidos tiveram sua guarda pleiteada por algum parente ou família extensa da genitora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da instalação de uma demanda judicial na saúde, uma lógica de trabalho foi instituída e uma racionalidade sobre a temática despontou, fazendo com que a prática ética e profissional nas maternidades públicas se modificasse. A formalização de registros, a busca de suporte social e familiar, a criação de projetos terapêuticos singulares e de comunicação com a rede de assistência fizeram parte das notificações avalizadas para a justiça.

Tais judicializações indicam fatores multicausais para que uma equipe de profissionais da saúde tenha de notificar um caso para além do uso de substâncias ilícitas. O objeto droga, isolado, não é o principal motivo de judicializações, e sim os outros fatores que indicam vulnerabilidade extrema que acompanham o uso de substâncias ilícitas. Encaminhar um caso de uma maternidade para outra instância além da saúde é dever dos profissionais que, em algumas situações, após minucioso estudo técnico, decidiram remeter situações à justiça, por falta de alternativas e equipamentos de saúde de possam se ocupar dessas mulheres e seus bebês.

Mesmo a elaboração dos relatórios psicossociais foi um processo construído com o tempo, e as demandas de cada equipe buscaram uma maneira própria para atender essa solicitação judicial. Fica evidenciado nos registros colhidos nos prontuários das puérperas que existe um fluxo próprio de trabalho das equipes das maternidades.

A maioria das mulheres é classificada como parda, e esse recorte racial/étnico é relevante para esta pesquisa, pois evidencia racismo institucional, que as denomina assim no intuito de velar a discriminação racial e as desigualdades existentes no acesso à saúde no Brasil, além de evidenciar a escassez de pesquisas e discussões na saúde pública do Brasil com essa temática (MAIO *et al.*, 2005).

Considera-se que o olhar da equipe multiprofissional é imprescindível na avaliação desses casos, tendo o propósito de acolher e apoiar as mulheres em situação de vulnerabilidade (GUERRA; JUCÁ, 2016). No entanto, existem dificuldades na assistência oferecida, percebida tanto nos aspectos relacionados à instituição como no manejo clínico das questões obstétricas e relacionadas à abstinência, levando inevitavelmente à judicialização (RODRIGUES *et al.*, 2017). Conclamar o suporte

familiar e articular o cuidado com a rede de suporte das mulheres é necessário; as famílias constituem um elemento importante no que diz respeito às notificações e aos encaminhamentos terapêuticos (SANCHES *et al.*, 2018).

Em relação às mulheres com transtornos mentais, foi evidenciado que a articulação em saúde desses casos é imprescindível para que as crianças fiquem protegidas em seus ambientes. As famílias se apresentaram como cuidadoras dos bebês (CARVALHO *et al.*, 2007).

Em relação às mulheres que deixaram os recém-nascidos nas unidades ou que tinham a intenção de que fossem encaminhados para adoção, não tinham registros suficientes para que pudéssemos saber se tiveram suporte psicossocial diante do exposto, mesmo porque algumas genitoras evadiram das maternidades à revelia, antes da alta hospitalar (FARAJ *et al.*, 2016).

O termo utilizado para nomear essas ocorrências de trabalho nas maternidades, após as recomendações judiciais de Belo Horizonte, foi de afastamento compulsório de puérperas e bebês. No entanto, diante dos registros colhidos, parece que não houve nenhum afastamento ou mesmo notificação compulsória entre mães e bebês nas duas unidades localizadas no Rio de Janeiro. Não foram achados registros de bebês separados de suas genitoras única e exclusivamente pelo suposto uso de drogas. Elas tinham indicação de permanência em leito neonatal para realizar exames e fazer medicações.

Os casos foram notificados à justiça com base em múltiplas causalidades, mesmo que injustificáveis, que são advindas de condições sociais precárias, falta de suporte do Estado, e de falta de políticas públicas voltadas para esse público e temática. Não foram encontrados atravessamentos pessoais na confecção dos registros nas duas maternidades. Para a elaboração dos documentos só foram explicitados fatos ocorridos e informações colhidas durante a internação das mulheres. Esta pesquisa delineou somente os motivos para o encaminhamento; os desfechos dos casos não foram sondados.

Tal recomendação do Ministério Público de Belo Horizonte trouxe à luz uma questão antes não tão evidenciada, mas já inerente ao trabalho dos profissionais que atuam em maternidades de grandes capitais e em áreas de risco psicossocial, onde o uso de drogas, moradia e pobreza se apresentam como questões de saúde pública e conclamam atenção e dedicação dos gestores. A pobreza e a miséria que acompanham

os casos de uso de drogas das mulheres que tiveram seu exercício maternal judicializado não deveriam ser determinantes para que os casos cheguem à esfera do poder judiciário.

A pesquisa aludiu ao fato de que as judicializações são fruto da falta de alternativas em encaminhamentos de saúde e assistência social e da escassez de equipamentos que possam assistir puérperas e bebês em conjunto de acordo com as necessidades singulares dos binômios, com a intenção de cuidar e proteger os mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, L. M. W; GONÇALVES, T. R.; BARCELLOS, N. T. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. **Rev Panam Salud Publica**, v. 40, n. 6, p. 435–442, 2016.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

ASSEGA, M. L. *et al.* Projeto terapêutico singular e equipe multiprofissional no manejo de caso clínico complexo: relato de experiência. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7482–7488, 2015. DOI: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201537.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333–1356, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>.

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

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 829–839, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018>.

BARBOSA, A. A.; MAGALHÃES, M. G. S. D. A concepção de infância na visão Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais, História e Relações Internacionais**, v. 1, n. 1, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.18227/1983-9065ex.v1i1.1456>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, L. E. *et al.* Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689–702, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016146290>.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 261–266, 2007.

BERQUO, E.; LAGO, T. G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 550-560, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300550&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162568>.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2012.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Câmara dos Deputados. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. DOU de 16/07/1990 — ECA. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 001/2015** — SAS e SGEP. Brasília/DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 28 ago. 2019.

BOTELHO, A. P. M.; ROCHA, R. C.; MELO, V. H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. **Femina**, v. 41, n. 1, p. 23–32, 2013.

BOTO, C. A invenção do Emílio como conjectura: opção metodológica da escrita de Rousseau. **Educ. Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 1, 2010.

BYDLOWSKI, M. O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. (Orgs.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E. Editora, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47–62, dez. 1998.

CARVALHO, A. M. P. *et al.* Mães com transtornos mentais: um estudo exploratório. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, fev. 2007. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v3i1p01-18>.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. (2008). Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. M. B. (Orgs.). **Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde**. Niterói, RJ: Ed. UFF, 2008. p. 143–153.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros

urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

COSTA, G. M. *et al.* Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 8–12, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000100003>.

D'ESPINDULA, T. C. A. S. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 438–447, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300008>.

DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M. S. C. Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à saúde. In: COSTA, A. B. *et al.* (Org.) **O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UNB, 2009.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561–572, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300561&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162647>.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, 2015.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1980.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1839–1848, 2016. DOI: [10.1590/1413-81232015216.0782016](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016).

EPI Info™ 7. Version 7.1.4. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo>. Acesso em: 22 jul. 2019.

FARAJ, S. P. *et al.* “Quero Entregar meu Bebê para Adoção”: O Manejo de Profissionais da Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32 n. 1, p. 151–159, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016011998151159>.

FORTUNA, C. M. *et al.* A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615>.

FREIRE, M. M. L. **Mulheres, mães e médicos** — Discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

GARCIA, M. T.; MENANDR, L. M. T.; ULIANA, R. S. S. Perfil de mães usuárias de drogas em situação de perda da guarda dos filhos em Vitória/ES. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.16, n.1, p. 27–46, jan./jul. 2016.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571–579, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400004>.

GUERRA, M. I.; JUCÁ, V. Narrativas das mulheres sobre o cuidado pré-natal em uma maternidade pública. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 17, n. 2, p. 253–264, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170211>.

HENRIQUES, B. D. *et al.* Uso de crack e outras drogas: percepção familiar em relação à rede de suporte em um centro de referência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3453–3462, out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003453&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.13462016>

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 71, supl. 1, p. 684–692, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>.

IBGE, Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n. 38, 2018.

KARMALUK, C. *et al.* De quem é este bebê? Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna! **Saúde em redes**, v. 4, supl. 1, p. 169–189, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n1suplem.923g269>.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, A. P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, jul./set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140061>.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

LANSKY, S. De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. **Saúde em redes**, v. 4, supl. 1, p. 169–189, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n1suplem.923g269>.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e à Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87–101, 2013.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 24 jul. 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.

LIMBERGER, J. *et al.* Women users of crack: systematic review of Brazilian literature. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 82–88, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000107>.

LIMBERGER, J.; SCHNEIDER, J. A.; ANDREATTA, I. Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos. **Psicologia em Pesquisa UFJF**, v. 9, n. 2, p. 139–147 jul./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.24879/2015009002006>.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>.

LOURAU, R. O Estado na análise institucional no Estado. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MACEDO, F. S.; ROSO, A.; LARA, M. P. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1285–1298, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401285&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015138833>.

MAIA, J. A.; MESQUITA, R. O. Experiências e percepções de mães usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde da atenção primária. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 1–13, 2015. DOI: <https://doi.org/10.31072/rcf.v6i1.275>.

MAIO, M. C. *et al.* Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 171–180, fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100019>.

MARCOLINO, T. Q. *et al.* Gestação e uso de substâncias psicoativas: qual é o cuidado em saúde desejado pelas mulheres? **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 255–260, 2018. DOI: [10.1590/1414-462X201800030374](https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030374).

MARTINS, A. P. V. A mulher no discurso médico e intelectual brasileiro. In: **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, A. P. V. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **História Oral**, v. 8, n. 2, p. 61–76, 2005.

MATTIELLO, F.; RAMOS, W. M. Estudos em psicologia e áreas interdisciplinares sobre a população em situação de rua. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 23, n. 1, p. 67–77, mar. 2018 .

MEDEIROS, K. T. *et al.* Vivências e representações sobre o crack: um estudo com mulheres usuárias. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 3, p. 517–528, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200313>.

MENEZES, R. S. *et al.* Maternidade, trabalho e formação: lidando com a necessidade de deixar os filhos. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v. 20, n. 21, 2012.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35–42, 1998. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100011>.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Eventos Estressores e Indicadores de Ajustamento entre Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social no Brasil. **Universitas Psychologica**, v. 9, n. 3, set./dez. 2010.

MOREIRA, R. L. C. A.; RASERA, E. F. Maternidades: os repertórios utilizados para descrevê-las. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Uberlândia, 2009. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 529–537, 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a13.pdf>. Acesso em: 7 maio 2019.

MUÑOZ, L. A. *et al.* Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013. DOI: 10.1590 / S0104-11692013000400012.

NICHIATA, L. Y. I. *et al.* A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 923–928, out. 2008.

NUNES, B. P. *et al.* Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 968–976, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005388>.

NUNES, C.; ROCHA, S.; ESTEVES, T. Toxicodependência na gravidez e maternidade – a importância de uma abordagem multidisciplinar. **Rev Port Clin Geral**, v. 27, n. 5, p. 458–464, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 66 (esp), p. 158–164, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

OLIVEIRA, M. R. M. *et al.* Judicialização da saúde: para onde andam as produções científicas? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525–535, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002019>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados de saúde primários — Agora mais que nunca. OMS, 2008.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** — prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

OSÓRIO, R. G. **O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE**. IPEA, Brasília, 2003.

PAIVA, I. K. S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595–2606, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.

PAULA, M. L. *et al.* Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223–233, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737222025006>.

PENIDO, C. M. F. A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 8, n. spe, p. 248–257, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405–2414, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015>.

PLANALTO. **Recomendação nº 5/2014**. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e responsáveis por Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais, 2014.

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

PRATA, N. I. S. S. *et al.* Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33–53, abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Brasília, 2016.

RAMIRO, F. S. *et al.* Women crack users, pregnancy and motherhood: potential periods for health care. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 34, Brasília, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34425>.

RESENDE, D. K. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos** — Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 2, n. 4, jul./dez. 2017.

RIBEIRO, D.R.; CARVALHO, D. O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). **J. Bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 221–229, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000082>.

RODRIGUES, A. S. I. *et al.* Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 1, p. 71–78, jan./fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 49, p. 363–376, jun. 2014. DOI: [10.1590/1807-57622013.0138](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0138).

SANCHES, L. R. *et al.* Meanings of Family Support in the Treatment of Drug Dependence. **Paidéia**, v. 28, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2824>.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 16, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>

SILVA, E. B. O.; PEREIRA, A. L. F.; PENNA, L. H. G. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00110317>.

SOUSA, L. O. *et al.* Pré-natal: assistência de enfermagem na estratégia saúde da família. **Temas em Saúde**, João Pessoa v. 16, n. 3, p. 490–502, 2016.

SOUZA, C. M. B. *et al.* Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade. **Saúde em Redes**, v. 4 (supl. 1), 2018. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n1suplem.915g257>.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicol Estud.**, v. 17, n. 2, p. 237–246, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000200007>.

SOUZAS, R.; ALVARENGA, A. T. Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 125–132, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902007000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200012>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

THEOPHILO, R. L. *et al.* Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505–3516, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.

VALLE, F. O. A criminalização da pobreza na perspectiva de Bauman. **Tempos históricos** — M.C. Rondon, v. 8, n. 1, p. 193–213, 2006.

VENÂNCIO, R. P. Maternidade negada. In: DEL PRIORE, M. (Org.) **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2008. p.189–222.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>

XAVIER, D. M. *et al.* Use of crack in pregnancy: repercussions for the newborn. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 35, n. 3, p. 260–267, 2017.

APÊNDICE A — Instrumentos de coleta de dados: roteiros de pesquisa e prontuários

Perfil sociodemográfico da mulher e da gestação:

Idade:

Estado civil:

Endereço:

Escolaridade:

Cor:

Profissão:

Usa algum medicamento: () Sim () Não Qual(is)? _____

Usuária de álcool e drogas? () Sim () Não Qual(is)? _____

Fuma? Tem comorbidades? _____

Nº da gestação:

Nº de partos:

Nº de abortos:

Filhos vivos:

Idade gestacional:

Registro de pré-natal? () Sim () Não Quantas consultas? _____

IST? () Sim () Não Quais? _____

Tem comorbidades? _____

(2) PERFIL DO BEBÊ:

Prematuro: () Sim () Não

Sexo: () F () M

APGAR: ____/____

Peso: _____

Internação em UTI-UI: () Sim () Não Motivo: _____

(3) MOTIVOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE:

Situação de rua: () Sim () Não

Apresenta questões de saúde mental? () Sim () Não

Rede de apoio familiar: () Presente () Ausente

Usuária de drogas? () Sim () Não

Possui documentos de registro civil? () Sim () Não

Registro de pré-natal? () Sim () Não

Violência doméstica e/ou sexual? () Sim () Não

Registro de acompanhamento pelo conselho tutelar ou algum equipamento da Atenção

Básica: () Sim () Não Quais: _____

Outra motivação? () Sim () Não Quais? _____

Roteiros de pesquisa — registros de equipe

(1) Como é composta a equipe que confeccionou o registro?

(2) Casos discutidos e encaminhados?

(3) Falam de notificações à justiça?

(4) Acionaram a rede de assistência?

(5) Conseguiram contatar a rede familiar da mulher?

(6) Acionaram quais dispositivos da rede?

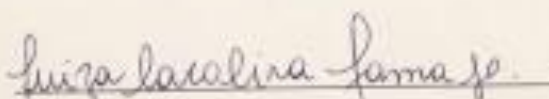
ANEXO A — Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2018.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa,

Julgo pertinente a **dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** tendo como base a resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), devido ao fato de que, para a execução do projeto de pesquisa intitulado **"AFASTAMENTO COMPULSÓRIO NA MATERNIDADE: MOTIVOS QUE RESULTAM EM NOTIFICAÇÕES JUDICIAIS"**, apresentado ao programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, serão utilizados como subsídios exclusivamente o levantamento dos dados secundários, não interferindo no cuidado recebido pelo usuário. Além deste fato, reforço que haverá a garantia do sigilo uma vez que o banco de dados liberado será anônimo, preservando a identificação tanto dos usuários quanto dos profissionais solicitantes. Diante dos fatos acima relatados, solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa do TCLE para fins de liberação de coleta dados para a realização da dissertação.

Atenciosamente,



Luiza Carolina Britto de Campos Zamagna

Telefone: (21) 99194-4717
E-mail: luicarolina_zamagna@hotmail.com

ARTIGO EM CONSTRUÇÃO

Maternidade judicializada: Análise dos motivos para a notificação de casos às Varas da Infância no Rio de Janeiro

Resumo: Este artigo tem como objetivo identificar os motivos que levam as maternidades a notificar às Varas da Infância e Juventude no Rio de Janeiro. A pesquisa visa compreender como é realizado esse trabalho e qual o perfil dessas mulheres e bebês encaminhados. Para tanto, foram examinados os prontuários de duas maternidades públicas, a fim de descrever a prática das notificações judiciais e os motivos que levam os profissionais da saúde a prosseguir com essa conduta. Assim, utilizou-se um roteiro de pesquisa estruturado para coletar as informações, a fim de reconhecer o perfil das mulheres e dos bebês e as causas de tais encaminhamentos. Os fluxos de trabalho das maternidades são organizados por meio de um grupo de atores que trabalham de maneira multidisciplinar. Ressaltamos que esta é uma discussão de grande relevância para a saúde pública e para a proposição de políticas que possam abordar essa questão.

Palavras-chave: Maternidade; poder familiar; assistência; judicialização da saúde; violência contra a mulher.

Abstract: This article aims to identify and discuss the reasons that lead health professionals to notify the Child and Youth Court in Rio de Janeiro, this research aims to understand and substantiate how it is done this work, and what is the profile of these women and children. To this end, the medical records of both Maternities were examined in order to describe the practice of judicial notifications, and the reasons that lead health professionals inserted in multidisciplinary teams to proceed with this conduct. Thus, a structured research script was used to collect the information, in order to recognize the profile of women, and the causes of referrals by professionals. Maternity workflows are organized through a group of actors who work in a multidisciplinary way. We point out that this is a discussion of great relevance for public health, and for proposing public policies that can address this issue.

Keywords: Maternity; parenting; assistance; health's judicialization; violence against women.

Introdução

A judicialização na saúde tem sido uma ferramenta de grande valia para os cidadãos reivindicarem direitos, e os processos costumam envolver aspectos relacionados à distribuição de medicamentos, a erro médico, à solicitação por vacinas, a compostos alimentares, procedimento cirúrgico, exames, entre outros. É um assunto de extremo interesse para os profissionais que atuam na assistência e detectam situações que os direitos estão sendo violados, colaborando com os usuários na condução e garantia de cuidados adequados.

Em relação à maternidade e aos cuidados com recém-nascidos, a judicialização se reveste de outras dimensões, tornando difícil a análise criteriosa das vulnerabilidades detectadas, com necessidade explícita de priorização dos direitos da criança (BRASIL, 1990). A promoção da saúde infantil é um desafio que se inicia ainda nas maternidades, com necessidade de avaliação dos riscos aos quais um bebê pode estar exposto após a alta hospitalar.

A preocupação do sistema judiciário está diretamente ligada ao entendimento de que as mulheres que usam drogas podem apresentar grandes dificuldades para prover cuidados aos seus filhos, relacionadas também às condições que vivem, com exposição a diferentes tipos de violência (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998).

O art. 19 do ECA foi recentemente retificado e exalta que a convivência familiar e comunitária deve ser assegurada, com o propósito de salvaguardar a criança, em ambiente que promova seu desenvolvimento integral (LEI nº 13.257, de 2016). Diante dessas normativas, o estudo técnico das equipes de saúde precisa considerar as condições em que a criança estará exposta no seu domicílio, avaliando de maneira criteriosa possíveis notificações às instâncias judiciais para que sejam aplicadas medidas protetivas.

Outro instrutivo de base legal que ancora os encaminhamentos oriundos das maternidades é a Nota Técnica Conjunta 001 da SAS e SGEP, que estabeleceu diretrizes e um fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de drogas e seus filhos recém-nascidos, por recomendação do Ministério Público.

A judicialização de situações de vulnerabilidade à maternidade precisaria considerar aspectos da diversidade sociocultural adjacente aos casos de uso de drogas ilícitas e assegurando a oferta igualitária de assistência a todos (ASSEGA *et al.*, 2015).

A dependência química durante a gestação e o puerpério pode representar graves riscos para a saúde física e psicológica da criança, principalmente quando consideramos as vulnerabilidades psicossociais que podem dificultar ainda mais os cuidados com o recém-nascido. Claro está que o balanço entre prós e contras nessas situações complexas não é tarefa fácil, e a literatura chega a apontar para a presença de discriminação institucional, com utilização de padrões sociais de idealização da maternidade, relações de poder e particularidades biológicas e culturais, muitas vezes com olhar higienista (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Os serviços de saúde se apresentam como cenários de cuidado e existem momentos específicos em que a aproximação com o usuário e suas necessidades precisam ser contempladas de maneira especial, como por ocasião do parto e do nascimento.

A equipe envolvida com o período de internação na maternidade precisaria de um olhar ainda mais atento para questões de acolhimento e humanização, considerando as especificidades de cada caso e colaborando na formação dos vínculos familiares necessários para o cuidado do recém-nascido (PEDROSO; LOPEZ, 2017).

O presente estudo objetivou caracterizar os motivos para judicialização envolvendo puérperas e recém-natos em situação de vulnerabilidade psicológica e/ou social, caracterizando o fenômeno e propondo novas reflexões sobre o tema.

Método

Foi realizada a epidemiologia descritiva com base nos prontuários de todas as situações notificadas às Varas da Infância, em duas maternidades do município do Rio de Janeiro, com delineamento do perfil social e de saúde das puérperas e recém-nascidos envolvidos. A caracterização dos motivos foi extraída dos relatórios das equipes de saúde, também dos prontuários e de outros documentos utilizados.

Como critério de inclusão, foram identificados prontuários oriundos de duas maternidades públicas de alto risco fetal e de portas abertas, entre os anos de 2014 e 2017. A escolha das unidades ocorreu considerando, além da presença de setor de emergência, a localização em territórios próximos às áreas de concentração de uso de drogas, reconhecidas como cracolândias (PRATA *et al.*, 2017).

A coleta de dados foi realizada a partir de dois roteiros estruturados. O primeiro para identificação do perfil social e de saúde, considerando as variáveis de condições sociais das pacientes, parto e puerpério imediato, condições de nascimento dos recém-nascidos, e uso de drogas e/ou outras vulnerabilidades das mulheres. Para a identificação dos motivos, o roteiro abrangia as questões de como os registros eram confeccionados e de quais eram os dados utilizados para a organização da notificação à justiça. Os prontuários foram analisados após a identificação dos encaminhamentos, em salas reservadas.

A análise do perfil das puérperas e dos recém-nascidos foi realizada através de medidas de frequência e prevalências, após digitação dos dados e utilização de banco de dados no EPINFO. Para a identificação dos motivos que levaram as equipes ao encaminhamento, foi realizada a leitura flutuante e a categorização com análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

O projeto foi submetido aos comitês de ética da Universidade Estácio de Sá, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro (SMS/RJ) e de uma das unidades selecionadas com os pareceres 3.116.143, 3.214.335 e 3.168.209, respectivamente.

Foram analisados 95 prontuários durante o período de três meses, na maternidade 1 e na maternidade 2.

O perfil social e de saúde encontra-se detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 — Perfil das puérperas, gestações e dos bebês encaminhados às Varas da Infância em duas maternidades no município do RJ, de 2014 a 2017

Perfil		N	%	
Mãe	Cor (N = 95)	Parda	36	37,9
		Negra	32	33,7
		Amarela	1	1,1
		Branca	1	1,1
		Indeterminada	25	26,3
	Usuária de drogas (N = 92)	74	80,4	
	Fumante (N = 42)	32	76,2	
Gestação	Realização de pré-natal (N=89)	28	31,5	
	IST (N = 84)	35	41,7	
Bebê	Prematuridade (N=84)	39	46,4	
	Internação em UTI-UI (N=87)	71	81,6	

Em relação à avaliação dos motivos dos encaminhamentos, estes foram elencados na Tabela 2.

Tabela 2 — Motivos de judicialização e encaminhamentos registrados em prontuários de duas maternidades no município do RJ, de 2014 a 2017

Motivos com informações	N	%
Situação de rua (N: 87)	41	47,1
Presença de distúrbios relacionados à saúde mental (N: 90)	14	15,6
Presença de rede de apoio familiar (N: 87)	61	70,1
Usuária de drogas ilícitas (N: 90)	70	77,8
Presença de documentos de registro civil (N: 65)	20	30,8
Registro de pré-natal (N: 89)	32	36,0
Relato de violência doméstica e/ou sexual (N: 88)	7	8,0
História de acompanhamento pelo conselho tutelar (N: 86)	38	44,2
Outros casos de abandono (N: 68)	22	32,4

A composição das equipes nas duas instituições envolvidas está descrita a seguir. Os documentos são elaborados pelas diferentes categorias profissionais e anexados aos prontuários. Em nenhuma das duas unidades existe relato de encontros sistemáticos para discussão das situações em apreço. Porém, nas entrevistas realizadas previamente ao início do trabalho de campo, ficou confirmado que as categorias profissionais discutem os casos, mesmo que informalmente, antes de confeccionar os registros. Na primeira maternidade, os registros que compõe a notificação judicial são os relatórios separados das equipes de Serviço Social e Psicologia, que constituem o ofício que é encaminhado à Vara de Infância. Na outra maternidade, somente os relatórios da equipe de Serviço Social são encaminhados à justiça.

Na maternidade 1, a equipe é composta por médicos obstetras, pediatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Nesta unidade, os registros encaminhados à justiça são confeccionados por psicólogos e assistentes sociais, em relatórios separados, ambos anexados em prontuário. Já na maternidade 2, a composição inclui médicos obstetras, pediatras, psiquiatras e psicólogos (equipe de saúde mental) e

assistentes sociais. Nesta unidade, os registros são redigidos, em sua maioria, pelos assistentes sociais.

Os principais motivos pelos quais os profissionais da saúde encaminham as situações foram agrupados em duas categorias centrais: uso abusivo de drogas; rede de suporte e judicializações inevitáveis. A identificação das categorias ocorreu não apenas pela sua frequência nos relatórios, mas também considerando situações vistas como fora do padrão ou que chamaram a atenção por sua especificidade.

Abuso de substâncias e falta de rede de suporte

A primeira categoria foi a mais frequente nos relatórios das duas maternidades, com destaque especial para o uso extremamente abusivo de substâncias ilícitas. Os relatórios descreviam a admissão das gestantes nas unidades sob o efeito de drogas, além dos sinais de abstinência durante a internação, acrescidos de informações sobre situação de rua e não realização do acompanhamento pré-natal. O olhar da equipe multiprofissional é imprescindível na avaliação desses casos, tendo o propósito de acolher e apoiar as mulheres em situação de vulnerabilidade. No entanto, existem dificuldades na assistência oferecida, percebida tanto nos aspectos relacionados à instituição como no manejo clínico das questões obstétricas e relacionadas à abstinência, levando inevitavelmente à judicialização (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Em relação à presença de rede de apoio familiar, algumas genitoras afirmavam ausência de condições para cuidar do bebê naquele momento, indicando familiares que estariam dispostos a colaborar. Em alguns casos, os familiares declararam a impossibilidade financeira de ficar responsável por mais um bebê, já que possuíam a guarda de outras crianças da mesma mulher. Algumas puérperas não tinham contato com suas famílias; estavam com seus vínculos enfraquecidos justamente por usar drogas e estar em situação de rua (MATTIELLO; RAMOS, 2018).

Judicializações inevitáveis

Na segunda categoria constatamos que seis puérperas apresentavam questões relativas à saúde mental grave e que, na maioria dos casos, suas famílias se apresentaram como suplentes para a guarda dos bebês.

Em 22 dos casos as genitoras gostariam de encaminhar os bebês para adoção, verbalizando esse desejo para os profissionais da saúde. Algumas abandonaram o bebê na unidade, não faziam visitas e não deixaram contatos.

Houve dois casos de morte materna, em que o recém-nascido teve sua guarda pleiteada por algum parente ou família extensa da genitora.

Discussão

A partir de uma nova demanda, uma lógica de trabalho foi instituída e uma racionalidade sobre a temática despontou, fazendo que a prática nas maternidades públicas se modificasse inteiramente — registrar, buscar suporte social e familiar, criar projetos terapêuticos singulares, comunicar-se com a rede de assistência e fazer a notificação para a justiça (LANSKY, 2018). Mesmo a elaboração dos relatórios psicossociais foi um processo construído com o tempo, e cada equipe busca um modelo próprio para atender essa solicitação judicial. Fica evidenciado nos registros colhidos nos prontuários das puérperas o fluxo próprio de trabalho das equipes das maternidades.

Limitações

Identificamos como as principais limitações a qualidade e a quantidade dos registros em prontuário e nos registros de equipe. Alguns registros e prontuários se perderam ao longo do tempo, nos arquivos médicos e nos próprios arquivos dos profissionais da saúde. Tivemos dificuldades de colher dados temporais, como o tempo de uma internação; alguns prontuários contemplavam mais de uma internação e gestação.

Conclusão

Conseguimos levantar dados concretos no que diz respeito ao perfil das puérperas encaminhadas às Varas da Infância no RJ. Porém, essa temática ainda requer atenção, tanto da academia quanto dos gestores da saúde. Políticas públicas devem ser desenvolvidas para esse público em específico, dentro do eixo álcool e outras drogas e infância e juventude. Estes assuntos, em um primeiro momento, podem parecer

conflitantes entre si, todavia devemos refletir acerca de sua convergência, para que possamos amparar as puérperas toxicômanas e seus bebês, também, em nosso sistema de saúde. A relação entre o lugar da saúde e justiça para uma puérpera deve estar focado no acolhimento e na assistência, e a falta de equipamentos que se ocupam da questão é evidente. Por esse motivo, de falta de apoio social, maternidades foram judicializadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSEGA, M. L. *et al.* Projeto terapêutico singular e equipe multiprofissional no manejo de caso clínico complexo: relato de experiência. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7482–7488, 2015. DOI: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201537.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2012.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Câmara dos Deputados. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **DOU de 16/07/1990 — ECA**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 001/2015 — SAS e SGEP**. Brasília/DF: MS, 2015.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47–62, dez. 1998.

LANSKY, S. De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. **Saúde em redes**, v. 4, supl. 1, p. 169–189, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n1suplem.923g269>.

MATTIELLO, F.; RAMOS, W. M. Estudos em psicologia e áreas interdisciplinares sobre a população em situação de rua. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 23, n. 1, p. 67–77, mar. 2018 .

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44–55, mar. 2004 .

PEDROSO, C. N. L. S.; LOPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1163–1184, dez. 2017 .

PLANALTO. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Brasília, 8 de março de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm. Acesso em: 9 out. 2019.

PRATA, N. I. S. S. *et al.* Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33–53, abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>.

RODRIGUES, A. S. I. *et al.* Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 1, p. 71–78, jan./fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>.