

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

AMANDA DE ARAÚJO SOUSA

**Leitura etnográfica dos prontuários de mulheres do Centro de Acolhida Especial para
Gestantes e Puérperas em São Paulo/SP**

São Paulo

2024

AMANDA DE ARAÚJO SOUSA

Leitura etnográfica dos prontuários de mulheres do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em São Paulo/SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador:

Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Versão Corrigida

São Paulo

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Sousa, Amanda de Araújo

Leitura etnográfica dos prontuários de mulheres do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em São Paulo/SP / Amanda de Araújo Sousa; orientador Rubens de Camargo Ferreira Adorno. -- São Paulo, 2024.
169 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2024.

1. Maternidade. 2. Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. 3. Família. 4. Saúde mental. 5. Substâncias psicoativas. I. de Camargo Ferreira Adorno, Rubens, orient. II. Título.

Autora: SOUSA, Amanda de Araújo.

Título: Leitura etnográfica dos prontuários de mulheres do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em São Paulo/SP.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de concentração de Saúde Pública, sob a orientação do Professor Doutor Rubens de Camargo Ferreira Adorno.

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Instituição: USP

Julgamento: _____

Prof.^a Dr.^a Claudia Lee Williams Fonseca

Instituição: UFRGS

Julgamento: _____

Prof.^a Dr.^a Rachel Gouveia Passos

Instituição: UFRJ

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por todas as bênçãos concedidas.

Aos meus pais, Isabel e Geraldo, que sempre cuidaram de mim e incentivaram nos meus estudos.

Aos meus irmãos, Fernanda e Rafael, meus melhores amigos, que desde sempre estão comigo para tudo que der e vier.

A minha avó Maria, mulher guerreira, que mesmo distante (no interior do Piauí), sempre está orando por mim e minha família, e sempre que possível se faz presente por meio de ligações e nos meus pensamentos.

Ao meu companheiro Jailton, que sinto que posso contar para tudo. Obrigada pelo companheirismo!

Aos amigos e amigas que fiz no decorrer da minha caminhada.

Ao Professor Doutor Rubens Adorno, por ter aceitado ser meu orientador e desde o início da elaboração da presente Dissertação se colocar sempre disponível para sanar minhas dúvidas e trazer excelentes contribuições para a construção do trabalho. Não tenho palavras para expressar a gratidão que sinto por ter sido sua orientanda. Sua calma e serenidade me tranquilizaram em momentos de muita ansiedade.

Às Professoras Doutoras Cláudia Fonseca e Rachel Passos, por ter aceitado compor minha banca de qualificação do mestrado e terem contribuído muito com suas colocações para o desenvolvimento da dissertação.

Ao Jorge Artur Canfield Floriani, que viabilizou meu contato com a equipe da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMADS) de São Paulo, para que pudéssemos dar início ao processo de pesquisa no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas.

Ao Comitê de Pesquisa da SMADS, que autorizou a pesquisa em prontuários das mulheres que já tiveram passagem pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas.

À equipe que compõe e compôs o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, especialmente Edilene, Eurice, Jaqueline, Lígia, Lorena e Luana, que foram muito solícitas no decorrer do meu processo de pesquisa em campo.

RESUMO

SOUSA, A. A. *Leitura etnográfica dos prontuários de mulheres do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em São Paulo/SP*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma leitura etnográfica dos registros em prontuários elaborados pela equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas – uma associação sem fins lucrativos que mantém convênio com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) de São Paulo/SP e tem o objetivo de oferecer abrigo provisório para gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade e risco social acompanhadas de seus recém-nascidos e filhos até 6 anos – de 17 mulheres que tiveram passagem pelo serviço entre 2018 a 2021. Através da leitura dos registros em prontuários foi possível identificar que há concepções morais sobre maternidade por parte das profissionais. Além disso, verificamos que há uma psiquiatrização intensa dessas mulheres, na medida em que há encaminhamentos para consultas com psiquiatras, nas quais em sua maior parte há prescrições de medicações, muito mais do que outras alternativas de cuidado. Ao analisar através dos registros em prontuários como se dá o processo de desinstitucionalização da mulher e de seu recém-nascido é perceptível que a instituição busca colocar a criança dentro dos circuitos familiares, percebe-se como as técnicas dão uma ênfase na rede de apoio dessas mulheres. Nota-se como é relevante a informação de que elas vão ter apoio de alguma pessoa “responsável” para poder cuidar dos bebês, tendo em vista que essas mulheres não são tidas como capazes de exercer a maternagem de forma individual, sem a supervisão de outrem.

Palavras-chave: Maternidade. Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Família. Saúde Mental. Substâncias Psicoativas.

ABSTRACT

SOUSA, A. A. Ethnographic Reading of the medical records of women from the Special Shelter for Pregnant and Postpartum Women in São Paulo/SP. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

This present work aimed to conduct an ethnographic analysis of the records in medical charts created by the technical team at the Special Shelter for Pregnant and Postpartum Women – a non-profit association that is in partnership with the Municipal Department of Social Assistance and Development (SMADS) of São Paulo, Brazil. The shelter's purpose is to provide temporary housing for pregnant and postpartum women in situations of vulnerability and social risk, accompanied by their newborns and children up to 6 years old. The study focuses on 17 women who used the service between 2018 and 2021. Through the analysis of the medical chart records, it was possible to identify moral conceptions about motherhood held by the professionals. Additionally, it was observed that there is an extensive medicalization of these women, as they are often referred to psychiatrists, with the majority receiving prescriptions for medications, rather than other care alternatives. When examining the process of deinstitutionalization of the women and their newborns through the medical chart records, it becomes apparent that the institution seeks to integrate the child into family networks. The techniques employed emphasize the support networks available to these women. It is noteworthy that the information about them having a “responsible” person to care for the babies is emphasized, as these women are not seen as capable of independently carrying out motherhood without supervision from others.

Keywords: Motherhood. Special Shelter for Pregnant and Postpartum Women. Family. Mental Health. Psychoactive Substances.

LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ACSC – Associação Congregação de Santa Catarina
AFMD – Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais
AMA – Assistência Médica Ambulatorial
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CA – Centro de Acolhida
CAE – Centro de Acolhida Especial
CAI – Centro de Acolhida para Imigrantes
CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CASP – Caritas Arquidiocesana de São Paulo
CCM – Centro de Cidadania da Mulher
CDCM – Centro de Defesa e Convivência da Mulher
CDHLG – Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama
CMB – Casa da Mulher Brasileira
CONARE - Comitê Nacional para Refugiados
COVISA – Coordenadoria de Vigilância em Saúde
COVS – Coordenação do Observatório de Vigilância Socioassistencial
CPAS – Coordenação de Pronto Atendimento Social
CPES – Coordenações de Proteção Social Especial
CPF – Cadastro de Pessoas Físicas
CRAI – Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CRATOD – Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS- Conselho Regional de Serviço Social
CRGPL – Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade
CRM – Centro de Referência da Mulher
DNA – Ácido desoxirribonucleico
DPESP – Defensoria Pública do Estado de São Paulo

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
GT – Grupo de Trabalho
HAM – Hospital Amparo Maternal
HFSE – Hospital Federal dos Servidores do Estado
HSP – Hospital São Paulo
LALEC – Lar Amor Luz e Esperança da Criança
MJSP – Ministério da Justiça e Segurança Pública
MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NIS – Número de Identificação Social
NPJ – Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico
ONG – Organização Não-Governamental
OS – Orientadora Socioeducativa
RG – Registro Geral
RN – Recém-nascido
SAICA – Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS – Supervisão de Assistência Social
SASF – Serviço de Assistência Social à Família
SEAS – Serviço Especializado em Abordagem Social
SEFRAS – Serviço Franciscano de Solidariedade
SISA - Sistema de Informação do Atendimento aos Usuários
SMADS – Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SPAs – Substâncias Psicoativas
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS – Sistema Único de Saúde
TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TJSP – Tribunal de Justiça de São Paulo
UBS – Unidade Básica de Saúde
UMF – Unidade Materno-Fetal
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UVIS – Unidades de Vigilância em Saúde
VIJI – Vara da Infância, Juventude e Idoso

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 MULHERES E RELAÇÕES INSTITUCIONAIS | 21 |
| 2.1 Origem da instituição e medicalização dos corpos femininos..... | 21 |
| 2.2 De Amparo Maternal para Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas | 28 |
| 2.3 Acolhimento inicial a uma gestante oriunda da Angola..... | 40 |
| 2.4 Perfil das mulheres | 51 |
| 2.5 Mitos do amor materno nos prontuários..... | 60 |
| 2.6 Relações institucionais e com demais conviventes | 62 |
| 3 SAÚDE MENTAL E OS CUIDADOS COM OS RECÉM-NASCIDOS..... | 68 |
| 3.1 Camila | 70 |
| 3.2 Paula..... | 72 |
| 3.3 Tereza..... | 76 |
| 3.4 Sofia..... | 83 |
| 3.5 Soraia | 86 |
| 4 MULHERES E SUAS REDES FAMILIARES | 88 |
| 4.1 Valéria e Gabriela: Paternidade em xeque..... | 103 |
| 4.2 Cleide, Daniela e Francisca: Maternidade e Uso de substâncias psicoativas | 109 |
| 4.2.1 Cleide | 111 |
| 4.2.2 Daniela..... | 118 |
| 4.2.3 Francisca | 123 |
| 5 TECENDO OS FIOS DA DISCUSSÃO | 129 |
| 5.1 Mudanças de práticas da instituição ao longo dos tempos..... | 130 |
| 5.2 Atuação profissional e mitos do amor materno | 136 |
| 5.3 Hipermaternidade X Hipomaternidade..... | 137 |
| 5.4 Centralidade na saúde mental | 139 |
| 5.5 Centralidade da família..... | 144 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 150 |
| REFERÊNCIAS | 154 |
| APÊNDICES | 161 |
| ANEXOS | 163 |

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa teve como objetivo realizar uma leitura etnográfica dos registros em prontuários elaborados pela equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas – uma associação sem fins lucrativos que mantém convênio com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) – de 17 mulheres que tiveram passagem pelo serviço entre 2018 a 2021. Ao analisar os prontuários, percebe-se que ao mesmo tempo que nos informam sobre as condutas profissionais dos agentes envolvidos e a rotina institucional, trazem pistas sobre as mulheres que estão nesse serviço, seus atos, condutas, agências e resistências.

Importante ressaltar, como aponta Vianna, que na etnografia documental há precauções que envolvem “levar a sério o que nos é mostrado, o modo como essa exibição se ordena, a multiplicidade de vozes e mãos presentes na sua confecção, sua dimensão material, seu lugar em cadeias de outros documentos e ações, suas lacunas e silêncios” (2014, p. 48). Ao analisar os prontuários das mulheres, percebe-se como estes são construídos por diferentes vozes e atores. É possível diferenciar registros da equipe técnica (psicólogas e assistentes sociais) do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, que são mais voltados para o acompanhamento e atendimento técnico prestado à essas mulheres, dos registros elaborados pelas Orientadoras Socioeducativas (OS), que são mais relacionados ao dia-a-dia das conviventes, envolvendo seu comportamento na instituição, os cuidados com os recém-nascidos, conflitos com outras mulheres que estão acolhidas, entre outros. Além disso, é possível localizar nos prontuários, relatórios elaborados por equipe técnica de outras instituições que veem o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas como referência no atendimento às mulheres que estão gestantes ou puérperas com seus recém-nascidos e as encaminham para o serviço.

A leitura dos dados que trazem sobre cada mulher em particular nos subsidia a extrair narrativas singulares de cada uma dessas histórias e trajetórias de vida, de maternidade e de acompanhamento na instituição. Concomitantemente, é possível identificar acontecimentos narrados sobre trajetórias de vida e no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas que são comuns entre as mulheres. Além disso, a leitura dos prontuários evidencia as concepções morais sobre maternidade por parte das profissionais que fazem os registros sobre essas mulheres. Algo que identificamos ao analisar os registros das técnicas em prontuários foi a ausência de uma preocupação relacionada a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, tendo em vista que não constatamos registros sinalizando encaminhamentos para planejamento

reprodutivo na rede de atenção básica. Nota-se em seus registros uma especial atenção e controle voltado à gestação e ao cuidado com o recém-nascido, além de uma atuação mais centrada na saúde mental. Há uma psiquiatrização intensa dessas mulheres, na medida em que há encaminhamentos para consultas com psiquiatras, nas quais em sua maior parte há prescrições de medicações, muito mais do que outras alternativas de cuidado. Ao longo da pesquisa vamos perceber que muitas delas ao apresentar uma variação de humor ou comportamental recebem um diagnóstico relacionado a um transtorno mental, não levando em conta o contexto no qual elas estão inseridas.

O interesse por essa temática adveio no período da graduação, quando fiz estágio de Serviço Social durante dois anos (abril de 2016 a abril de 2018) na Unidade Materno-Fetal (UMF) do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) no Rio de Janeiro/RJ. Durante minha inserção no campo de estágio, tive a oportunidade de acompanhar, dentre as mais variadas demandas, os atendimentos às mães em situação de rua por parte da equipe de Serviço Social lotada na UMF. Durante esses atendimentos, pude observar como o Serviço Social lida com o desafio de viabilizar o direito da mãe em situação de rua a permanecer com o seu recém-nascido após a alta hospitalar diante da ausência de políticas públicas que possibilitem essa permanência em condições dignas de sobrevivência e, ao mesmo tempo, viabilizar o direito da criança à proteção integral.

Devido ao interesse nessa temática, o meu Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo justamente analisar “o desafio encontrado pela equipe de Serviço Social que atua na Unidade Materno-Fetal do Hospital Federal dos Servidores do Estado, no que se refere ao atendimento às mães em situação de rua que dão à luz seus bebês na instituição”.

A prática profissional do assistente social lida com a imediatividade, não há um tempo de acompanhamento a longo prazo, e muitas vezes necessita dar uma resposta rápida à situação vivida pelos usuários dos serviços que atendem, como é o caso das mães em situação de rua, já que o período de internação em uma maternidade é curto (3 a 5 dias). Dessa forma deve atender uma demanda institucional presente na Unidade Materno-Fetal que diz respeito a “desocupar leitos”, tendo em vista que a instituição atende a uma grande demanda de usuárias de todo o estado e possui poucos leitos. Entretanto, essa urgência institucional encontra-se na prática tencionada pelas necessidades reais das usuárias, e no caso das mães em situação de rua, a necessidade de garantir os seus direitos, referentes ao exercício da maternidade, ancorados no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, e dos recém-nascidos, que contam com uma legislação de proteção (Estatuto da Criança e do Adolescente) que lhes garantem total segurança e proteção para o seu pleno desenvolvimento. Essa tensão acaba levando as assistentes sociais

a recorrerem aos órgãos de proteção como os Conselhos Tutelares e as Varas da Infância, Juventude e Idoso (VIJI) notificando os casos que passam a ser considerados de “risco” para a criança.

Dessa forma, as assistentes sociais atuam dentro das alternativas concretas limitadas diante da impossibilidade dessas mulheres voltarem às ruas com o seu recém-nascido. Quando a mãe sinaliza algum familiar ou outra pessoa de referência, o Serviço Social entra em contato com sua rede familiar para explicar a situação da mulher no sentido de garantir a proteção do recém-nascido. Nos atendimentos em que há a presença do pai, também é feita articulação com a sua família.

Assim, por meio dos relatórios sociais elaborados pelas assistentes sociais do setor na ocasião dos atendimentos às mães em situação de rua entre 2009 a 2017, pude realizar um estudo do perfil de 20 mães que deram à luz seus bebês na UMF, bem como analisar o desfecho desses atendimentos na ocasião do nascimento do recém-nascido.

Verifiquei que das 20 mães em situação de rua que deram à luz seus bebês na UMF, 12 tiveram a guarda de seus filhos suspensa provisoriamente, sendo a guarda provisória concedida a familiares (6), terceiros (1) e acolhimento institucional (5). No que se refere as 6 guardas concedidas a familiares, identificou-se que 3 foram concedidas a familiares materno e 3 a familiares paterno. Com relação às outras 8 permaneceram com o seu filho, sendo que 1 delas conseguiu alugar um imóvel para residir com o recém-nascido, através da renda do Benefício de Prestação Continuada (BPC); 3 mães estavam inseridas em acolhimento institucional para adultos e, portanto, permaneceram com o seu recém-nascido em acompanhamento pela equipe das instituições; e 4 mães retornaram a sua casa de origem, recebendo o suporte de familiares – nessas situações foi feita articulação com o Conselho Tutelar tendo em vista o acompanhamento da família.

Observa-se com esses dados que a maioria das mães em situação de rua acaba, ao menos em um primeiro momento, tendo a guarda de seus filhos suspensa.

Assim, vemos como o Serviço Social apresenta a alternativa à mãe de entrar em contato com a rede familiar, no sentido de garantir a proteção do recém-nascido e que essa mulher não perca totalmente o vínculo com a criança. Assim, quando há algum familiar que se coloca disponível para prestar assistência a esse recém-nascido, é enviado um relatório social à Vara da Infância, Juventude e Idoso em que é relatada a situação na qual a mãe do recém-nascido se encontra e é sinalizada a presença do familiar de referência. Normalmente, quando há a presença de um familiar, há o deferimento da guarda provisória, pois se entende que a mãe diante da situação em que ela se encontra não terá condições de cuidar de seu filho e o colocará

em situação de risco. Quando não há um familiar de referência, a Vara da Infância, Juventude e Idoso decide pelo acolhimento institucional do recém-nascido, tendo em vista garantir seus direitos na ausência da família de o fazê-lo.

Finamori (2018), analisando o contexto de Belo Horizonte/MG, aponta que a polêmica em torno da “retirada de bebês” se iniciou com a publicação de duas recomendações do Ministério Público em 2014 e uma Portaria da Vara da Infância e Juventude em 2016 que ocasionou um expressivo aumento de encaminhamento compulsório de recém-nascidos para abrigos. As duas recomendações, uma direcionada às maternidades e outra às Unidades Básicas de Saúde dispunham sobre o fluxo de atendimento às gestantes nos serviços de saúde, recomendando a comunicação à Vara de Infância dos “casos de mães usuárias de substâncias entorpecentes”. Já a Portaria nº 3 da Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte, publicada em julho de 2016, reforçava as recomendações anteriores e solicitava que profissionais de saúde e assistentes sociais de maternidades públicas da capital comunicassem o nascimento de bebês quando houvesse suspeita ou constatação de situação de risco para os recém-nascidos devido a “dependência química ou trajetória de rua” “de qualquer dos genitores”, ou seja, além da associação entre “uso de drogas” e violência parental, a condição social mais geral dos pais poderia ser motivadora para a destituição do poder familiar. A autora aponta que mesmo depois da suspensão da Portaria em agosto de 2017, após um conjunto de mobilizações de órgãos públicos, movimentos sociais e setores profissionais, há denúncias que a prática continua a ocorrer.

Em julho de 2021, um caso que ganhou repercussão nas redes sociais foi a retirada da recém-nascida Suzi de sua mãe, Andrielli Amanda dos Santos (21 anos), uma mulher negra, logo após o nascimento no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) por determinação do Conselho Tutelar. Em nota ao Portal Catarinas, o Hospital informou que, em 5 de julho, o Conselho Tutelar enviou um ofício destinado às maternidades de Florianópolis solicitando que fosse informado imediatamente a internação da gestante. Assim, no dia que a jovem deu entrada no referido hospital, o Conselho foi informado. A conselheira compareceu a unidade e comunicou a Andrielli a decisão da medida protetiva, alegando coisas do passado da jovem, como o fato de ter vivido em situação de rua no ano de 2019 e ter feito uso de substâncias psicoativas (GUIMARÃES, 2021).

No meu trabalho de conclusão de curso, aponto que diante dos limites encontrados pelo Serviço Social da UMF no que se refere à proteção dos direitos dessas mães em situação de rua, o mesmo procurou refletir sobre esses atendimentos. Assim, como meio de evitar a grande

judicialização destes casos e buscar uma rede de atendimento que garanta também os direitos da mãe enquanto sujeito de direitos, a equipe, e me incluo aqui enquanto estagiária na época, participava de seminários e capacitação sobre a temática, como a participação mensal no Fórum Permanente Maternidade, Drogas e Convivência Familiar.

Esse Fórum surgiu como uma oficina em setembro de 2013 por iniciativa do Fórum de Pessoas em Situação de Rua e de um grupo de assistentes sociais das maternidades do Município do Rio de Janeiro, contando com o apoio do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), buscando debater o tema “jovens mães em situação de rua”, após observarem que desde 2012 houve um crescimento da judicialização das situações envolvendo essa população, em especial para quem faz uso de crack. Trata-se de um espaço aberto a todos os profissionais que atuam com a temática e a entidades de defesa dos direitos humanos. Assim, há participação de membros das Maternidades, Instituições de acolhimento, Consultório na Rua, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Conselhos Tutelares, Defensoria Pública, VIJI e estudantes (CRESS/RJ, 2017).

O objetivo do Fórum é buscar a formação de uma rede de fluxo para o atendimento que garanta direitos dessas famílias, focando no direito à convivência familiar e comunitária. Discute-se também novas estratégias de atendimento e criação de novos serviços que atendam esta demanda sem que essas mães sejam criminalizadas.

Uma das conquistas dos debates realizados nesse Fórum foi a criação, em maio de 2017, de um projeto intitulado Espaço Eloos, que se tratava de uma casa com 20 vagas (entre mães e bebês) que tinha o objetivo de manter o vínculo entre mãe e bebê após a saída da Maternidade, bem como trabalhar a autonomia dessa mulher. Esse projeto contava com profissionais da saúde mental, educadores sociais, nutricionistas, e tinha articulação com a rede socioassistencial para garantir o acompanhamento dessas mães e possibilitar que a curto prazo essas mães se reinserissem na sociedade. Dessa forma, esse projeto se configurava como uma alternativa para as Maternidades encaminharem as mães em situação de rua para essa casa, mantendo assim, a permanência dos bebês com suas mães, dando a oportunidade para que essas mães exercessem seu direito a maternagem, não sendo judicializada a questão.

O objetivo desse projeto era configurar-se enquanto política pública para essa parcela da população que se encontra negligenciada de seus direitos mais básicos, tendo a equipe sido capacitada para atender as necessidades das usuárias não buscando enquadrá-las em regras indissociáveis de sua realidade social.

O Espaço Eloos era fruto de um convênio entre a Prefeitura do Rio e o Ministério da Justiça, e era mantido com verbas federais, já repassadas ao município, no valor de R\$ 2.105.804,35. Com relação a sua administração, esta era feita pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos em cogestão com a ONG Viva Rio (TEIXEIRA, 2017)

O Espaço Eloos foi fechado no mês de setembro de 2017, tendo uma duração curta de 4 meses, devido à um impasse entre a ONG e a Prefeitura que fez com que o repasse da verba fosse “suspenso”. Enquanto a ONG alegava que não recebeu todos os pagamentos, a Prefeitura apontou que o repasse não foi feito porque a ONG não prestou contas integralmente (Ibidem).

Diante da constatação de que uma instituição como o Espaço Eloos seria primordial para um atendimento de qualidade por parte do Serviço Social junto às mães em situação de rua em uma Maternidade, tendo em vista que se configuraria como uma alternativa (em um primeiro momento) para que essas mulheres e seus recém-nascidos fossem encaminhados pelo Serviço Social após a alta, o que permitiria que essa mulher tivesse um acompanhamento por um período de tempo maior por parte da equipe da instituição, que trabalhariam no sentido de viabilizar o direito dessas mulheres à maternagem, fui em busca de saber se há no município de São Paulo experiências similares a esse projeto, e encontrei o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas.

Foi através de contato com um ex-técnico que me foi apresentado da SMADS que consegui referências de técnicos para contatar o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Antes disso, eu já havia feito contato telefônico com a gerente da unidade através do telefone disponível no site do Centro de Acolhida e tomado ciência que eu deveria preencher um formulário específico da SMADS para solicitação de pesquisa e enviar o projeto na íntegra para o email do setor responsável por pesquisa da SMADS, e a partir disso seria o comitê de ética quem cuidaria das demais providências e entraria em contato com as áreas afetadas. Assim, no dia 14 de dezembro de 2021, eu realizei esse trâmite burocrático e, logo em seguida, enviei uma mensagem ao ex-técnico da SMADS informando sobre meu interesse em realizar pesquisa no Centro de Acolhida, que eu havia acabado de enviar meu projeto para o email da SMADS e que se era possível ele fazer uma ponte com alguém da Secretaria. No mesmo dia, ele me informou que através de contato com os colegas da SMADS tomou ciência que a parceria estava vigente com a instituição, bem como o nome da supervisora responsável pela realização de pesquisas na unidade. Assim, ele sugeriu que eu entrasse em contato com a SAS¹ Vila Mariana e apresentasse o projeto de pesquisa.

¹As **Supervisões de Assistência Social (SAS)** no município são divididas em 32 unidades, separadas por distrito e região. As SAS são responsáveis pela articulação junto à rede de serviços socioassistenciais do território

Por diversas vezes tentei ligar nos telefones, encontrados na internet, da SAS e CREAS Vila Mariana, pois estão no mesmo prédio, porém não obtive sucesso, não completava a ligação. No dia 15 de dezembro de 2021 também enviei o projeto de pesquisa para o email da supervisora, que consta na internet, no entanto não recebi uma confirmação. Sendo assim, no dia 20 de janeiro de 2022 resolvi ir pessoalmente ao prédio da SAS Vila Mariana e conversei com a supervisora responsável que imediatamente entrou em contato com o comitê de pesquisa da SMADS e pedi para saber quem recebeu meu projeto de pesquisa, recebendo a resposta que o projeto estava sob análise do Comitê de Pesquisa da SMADS.

No dia 26 de janeiro de 2022 a responsável pelo Comitê de Pesquisa da Proteção Especial entrou em contato comigo para dizer que algumas terminologias e objetivos do projeto de pesquisa não ficaram claros, enviou um email detalhando o que deveria mudar e constar. Além disso, agendou uma reunião virtual no dia 28 de janeiro de 2022 com a responsável pela Área Técnica da Mulher – Proteção Especial para que eu deixasse mais claro o projeto e tirasse dúvidas. Após os esclarecimentos e ajustes necessários, enviei novamente o projeto no dia 31 de janeiro de 2022, e no dia 09 de fevereiro de 2022, recebi um email do Comitê de Pesquisa da SMADS informando que o projeto de pesquisa foi aprovado com recomendações (na pesquisa deveria constar as Resoluções, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre o sigilo das informações, por se tratar de dados de usuários) e o termo de aceite que eu deveria assinar e devolver via email. Assim, no dia 9 de fevereiro de 2022 enviei o termo de aceite assinado e no dia 17 de fevereiro de 2022 elaborei um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Apêndice A) para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo. O TCUD destaca que as informações necessárias ao estudo estão contidas nos prontuários das mulheres que estiveram acolhidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, e se referem ao perfil socioeconômico dessas mulheres, bem como os desfechos tanto delas, quanto dos bebês, no período de 2010 a 2020. Dessa forma, na mesma data o TCUD assinado por mim e por meu orientador foi enviado para o Comitê de Pesquisa da SMADS. Cabe ressaltar ainda que no dia 09 de fevereiro de 2022 foi encaminhado para mim o Termo de Aceite assinado pelo Comitê de Pesquisa (ANEXO A) e informado o contato da

abrangido pela unidade que exerce para fins de melhor execução no atendimento às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica, com fragilidade de vínculos relacionais e atingidas por situações de emergência e/ou calamidade pública. Além disso, a SAS articula e participa de ações conjuntas com outras organizações para assegurar direitos, fortalecer a função protetiva das famílias, fomentar processos de fortalecimento das organizações sociais e de projetos de inclusão social e garantir a integração das ações com as outras políticas públicas do seu território de abrangência” (CIDADE DE SÃO PAULO, 2022).

coordenadora do CREAS Vila Mariana a qual eu deveria combinar a visita no serviço e iniciar a pesquisa.

Quando me inseri pela primeira vez no local da pesquisa em março de 2022, onde foi possível uma breve análise institucional, tive uma conversa rápida com a presidente da instituição, na qual ela me informou que somente no ano de 2021 passaram pelo serviço 1.799 mulheres, pois há casos de mulheres que ingressam em um dia e no dia seguinte vão embora, ou até no mesmo dia. Com essa informação, percebi que teria que fazer uma análise de prontuários daquelas mulheres que tiveram passagem pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas entre 2010 a 2020 e que ficaram por um período mais longo, talvez de 3 a 6 meses, sendo que 6 meses é o período máximo para ficar na instituição podendo ser prorrogado dependendo da avaliação da equipe técnica e do CREAS. Nesse mesmo dia, verifiquei no armário de arquivos que há muitos prontuários e eles estão divididos em pastas por ordem alfabética, sendo assim, cheguei a constatação que teria que analisar individualmente cada prontuário e separar aqueles que eu conseguiria fazer uma análise mais aprofundada sobre as histórias de maternidades dessas mulheres, buscando levantar o perfil socioeconômico, bem como os desfechos desses atendimentos: se essas mulheres conseguiram permanecer com seus filhos, se os filhos foram para acolhimento ou ficaram com algum membro familiar, entre outros.

Em um segundo momento da minha inserção no campo de pesquisa, tive acesso diretamente aos prontuários, e nessa fase exploratória, comecei de forma aleatória a analisar prontuários de mulheres que passaram pelo serviço. Pude verificar histórias de mulheres que estiveram no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas entre 2013 a 2015, além de constatar que havia prontuários mais antigos, datados de 2000, 2001, entre outros, os quais não me detive.

Certo dia, foi me apresentado pela assistente social do serviço, o Sistema de Informação do Atendimento aos Usuários (SISA), onde é possível obter o relatório de cidadãos vinculados ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Assim, inserimos como data de referência para emissão do relatório o período compreendido entre 01/01/2019 à 30/12/2020, e apareceu o total de 403 atendimentos (vinculações) e 338 cidadãos atendidos (vinculados) entre mães, gestantes e bebês. Nesse relatório consta os seguintes campos: Código do cidadão, Nome do cidadão, Data de nascimento, Sexo biológico, Data da vinculação, Data de desligamento e Dias de permanência.

Através desse relatório, selecionei aleatoriamente os nomes de 20 mulheres (foi possível diferenciá-las dos bebês pela informação da data de nascimento) que estiveram vinculadas ao

serviço por um período entre 4 a 14 meses. Também selecionei 10 mulheres que tiveram passagem pelo serviço por um período de tempo menor e que tiveram mais de uma passagem pelo serviço. Com essa seleção, se tornou mais fácil realizar a busca pelos prontuários nas pastas. Assim, analisei 9 prontuários de mulheres que permaneceram no serviço entre 4 a 14 meses e 7 prontuários de mulheres que permaneceram no serviço por um período de tempo menor (variando entre 2 dias a 3 meses). Dessas 7 mulheres, 5 tiveram mais de uma passagem pelo serviço. Cabe ressaltar que também foi selecionado, devido a densidade de informações e curiosidade por parte da pesquisadora, 1 prontuário de uma mulher que teve 3 passagens pelo serviço no ano de 2018, sendo que na sua última passagem foi desligada em janeiro de 2019. Dessa forma, foram analisados 17 prontuários para a elaboração da presente pesquisa. São utilizados nomes fictícios e omitidos o local exato de procedência da convivente, visando preservar a identidade das mulheres.

No que se refere a documentação encontrada nos prontuários dessas mulheres, podemos destacar que há um documento intitulado “Ficha de Acolhimento” (ANEXO B), no qual há registro de diversas informações acerca dessas mulheres, dentre as quais podemos destacar: **Identificação**, onde se registra dados pessoais como Nome, Nome dos pais, Data de nascimento, Idade, Data de Admissão, Número do Código (SISA) e NIS (Número de Identificação Social); **Dados Principais**, onde consta Raça Declarada, Orientação Sexual, Estado Civil, Religião, Grau Instrução, Profissão, Nacionalidade, Naturalidade, Procedência, Chegada em SP, Data de início em situação de rua, Último endereço, Telefone para contato, Telefone da convivente, Equipe de referência e contato; **Dados do RN**, no qual há informações como nome e data de nascimento do recém-nascido; **Documentos**, onde registra-se os principais documentos que a mulher possui, se recebe algum benefício socioassistencial além de constar se ela responde algum processo judicial e, se sim, tem que ser informado a qual Vara/Fórum; **Saúde**, há informações sobre: Uso de SPAs (Substâncias psicoativas), Fumante, Transtorno mental, Uso de medicação contínua, Gestação de risco, Histórico gestacional e Idade gestacional; **Origem do encaminhamento**, que pode ser Abordagem de rua, Centro Pop, Conselho Tutelar, CREAS, CRAS, Hospital, Maternidade, SAICA, Vara da Infância e Juventude, entre outros. E por último há um campo onde se registra a respeito do **Desligamento** da mulher, onde deve constar a data de saída e o motivo, sendo eles: Evasão, Saída espontânea, Autonomia, Óbito, Retorno à família, Transferência para outros serviços e Outros.

Além da Ficha de Acolhimento, é possível encontrar na maior parte desses prontuários, um documento intitulado “Termo de cessão de licença de uso de imagem e voz”, no qual as mulheres assinam quando dão entrada no serviço; a “Pesquisa de Satisfação do Usuário”, na

qual as mulheres respondem a questões referentes ao atendimento no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, além de informar se indicariam o serviço para um familiar e/ou amiga e qual foi a maior dificuldade que encontrou depois do acolhimento; há registros relacionados ao dia-a-dia das conviventes feitos pelas Orientadoras Socioeducativas (noturno e diurno); registros da equipe técnica (Psicóloga e Assistente Social) sobre o acompanhamento e atendimento técnico prestado à essas mulheres; registros de visitas (familiares, amigos (as), companheiros (as), entre outros); controle de entrada e saída; documentos de “Aplicação de medida socioeducativa”, em sua maior parte devido aos atrasos apresentados em saídas particulares; cópia de receitas de medicações; declarações de comparecimento em serviços das redes de saúde, socioassistencial e jurídica; relatórios, tanto da equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, quanto da equipe técnica de outras instituições (NPJ, CREAS, UBS, Hospitais, Centros de Acolhimento, Consultório na Rua, Vara da Infância, entre outras), além de constar nesses prontuários cópias de emails trocados entre os equipamentos; determinações judiciais; certificados de cursos; Termo de Desligamento. Importante ressaltar que foram encontrados em dois prontuários documentos escritos de próprio punho pelas mulheres, um intitulado “Meu Testemunho de Vida” e o outro uma atividade do Narcóticos Anônimos, nos quais essas duas mulheres contam sobre sua história de vida.

Ao analisar através dos registros em prontuários como se dá o processo de desinstitucionalização da mulher e de seu recém-nascido é perceptível que a instituição busca colocar a criança dentro dos circuitos familiares, percebe-se como as técnicas dão uma ênfase na rede de apoio dessas mulheres, composta muitas vezes para além do núcleo familiar. Nota-se como é relevante a informação de que essas mulheres vão ter apoio de alguma pessoa “responsável” para poder cuidar dos bebês, tendo em vista que essas mulheres não são tidas como capazes de exercer a maternagem de forma individual, sem a supervisão de outrem. Quando há o nascimento do bebê, há uma preocupação por parte da equipe técnica no que se refere a viabilização dos seus cuidados, ao seu direito a “proteção integral”, assim, aqueles casos considerados de risco para a criança, são enviados para a Vara da Infância e Juventude a fim de obter uma determinação judicial que sinalize o “melhor interesse para a criança”.

Por fim, no que diz respeito à organização, este trabalho está dividido em quatro capítulos. No capítulo 2, intitulado *Mulheres e relações institucionais* será apresentada a origem da instituição, atrelada a predominância do saber médico e, conseqüentemente, a medicalização dos corpos femininos, além da presença da religião nesse processo. Também será caracterizada a instituição, a forma de acesso e o perfil das acolhidas, para demonstrar apresentaremos um acolhimento inicial feito a uma gestante oriunda da Angola. Ainda nesse capítulo, vamos ver

através dos registros em prontuários de algumas mulheres que estiveram acolhidas como se dá a relação delas com a instituição, com os profissionais e as demais conviventes.

No capítulo 3, intitulado *Saúde mental e os cuidados com os recém-nascidos* serão apresentadas histórias de 5 mulheres em que houve uma intensa preocupação por parte da equipe técnica centrada na saúde mental dessas mulheres, tendo em vista que a equipe avalia que esse fator é determinante para o exercício adequado da maternidade.

No capítulo 4, intitulado *Mulheres e suas redes familiares* apresentaremos como há uma centralidade por parte da equipe técnica na família dessas mulheres, que já é possível identificar nas histórias apresentadas no capítulo 2. Nesse capítulo também serão apresentadas histórias de 3 mulheres, as quais o uso de substâncias psicoativas permeou a construção das narrativas por parte das técnicas nos registros em prontuários.

E, por último, no capítulo 5, denominado *Tecendo os fios da discussão*, veremos com a instituição funcionava nos seus primórdios e como houve alterações em suas práticas no decorrer das mudanças nas legislações. Além disso, vamos trazer a discussão sobre os principais temas que conseguimos identificar através das leituras dos registros em prontuários.

2 MULHERES E RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

2.1 Origem da instituição e medicalização dos corpos femininos

A Associação Amparo Maternal foi fundada em 1939 com a “ideologia de abrigar gestantes sem local para dar à luz, por um grupo de pessoas lideradas pela Madre franciscana Marie Domineuc, pelo médico obstetra Álvaro Guimarães Filho e o arcebispo de São Paulo da época, Dom José Gaspar D’Affonseca e Silva” (AMPARO MATERNAL, 2022a) e umas damas da sociedade.

No que diz respeito às mulheres ligadas às instituições filantrópicas, desde o final do século XIX elas se organizaram para amenizar as condições de existência das pessoas muito pobres, em especial órfãos, idosos e doentes, geralmente como uma extensão de seu papel de mães e expressão do catolicismo leigo. Quando os médicos envolvidos com a questão da infância procuraram apoio para a construção de maternidades e outras instituições assistenciais para mães e crianças, contaram imediatamente com o apoio de associações femininas de proteção à maternidade e à infância. Representantes das classes média e alta, essas mulheres – nem todas movidas pela religião, é importante destacar – apoiaram os médicos e contribuíram decisivamente para a divulgação do saber puericultor, além de desempenharem importante papel na organização material das instituições, arrecadando fundos e contribuindo de diversas maneiras para a sua continuidade, antecipando, de certa forma, algumas políticas públicas que o Estado viria a implementar mais tarde (MARTINS, 2008, p. 145).

Magini informa que o Amparo Maternal sofria preconceito na época, “chegou a ser chamado pejorativamente de Casa da Mãe Solteira, numa alusão ao acolhimento das mulheres que eram rotuladas de prostitutas por serem mães solteiras” (2010, p. 23).

Segundo depoimento de Irmã Anita, que liderou a gestão da instituição por quase 40 anos,

As meninas que vinham para cá, algumas eram muito boas, outras desintegradas...falavam palavrão, saíam para a rua fazendo escândalos, brigando umas com as outras. E tudo isso dava má fama, não é? Mas o sentido da obra vinha do Evangelho. Era recolher, amparar, para que elas não fossem para a prostituição. Porque uma moça sozinha com um filho se vê desesperada para conseguir dinheiro, e assim vai. Conseguimos tirar moças da prostituição, que engravidavam e vinham para cá. Ladrões vinham para cá. Todas as figuras desintegradas vinham para cá (MAGINI, 2010, p. 103).

Acrescenta ainda em seu depoimento sobre o perfil das mulheres que elas eram

Sujas...vinham de favela...Hoje tem droga, mas naquele tempo nem tinha. Tinha miséria, mesmo. E muitas moças desesperadas para se suicidar. Essas tinham boa formação, mas eram de família muito pobre. Gente do norte, do sul...sitiantes, de lavoura...Chegavam aqui para lutar pela vida, arranjavam um namorado e acabavam nessa situação [...] Aborto! Todas vieram pedir! Porque tinham vergonha. Mas a gente ficava em cima: ‘Nada de aborto. Você tem que criar o seu filho. Ele vai ser a sua salvação, a força para você viver’ (MAGINI, 2010, p. 104).

No livro de Magini há um depoimento de um médico que era chamado com frequência para atender os casos de urgência do Amparo Maternal. Ele conta, que como nunca recusavam atendimento, chegava muitas mulheres abortando aos quatro ou cinco meses e outras que não tinha feito pré-natal e as crianças morriam na hora do parto. A família não tinha condição de fazer enterro então iam embora, e quem tinha a obrigação de enterrar era a Polícia, porém eles não vinham buscar. Assim, o Prof. Álvaro Guimarães montou um necrotério nos fundos do Amparo Maternal para essas situações. Fizeram uma denúncia sobre essa situação, e os jornais começaram a fazer uma campanha contra o Amparo, chamando-o de “Casa do Aborto” (MAGINI, 2010, p. 111).

Ao ler sobre a biografia do médico obstetra Álvaro Guimarães Filho, escrita por Helio Begliomini da Academia de Medicina de São Paulo, há a informação de que ele nasceu em 1901 na cidade de São Paulo, se graduou em 1925 pela Faculdade de Medicina de São Paulo, especializou-se em Obstetrícia e estagiou na França e na Alemanha. Foi sócio-fundador da Associação Paulista de Medicina, da qual, posteriormente, foi presidente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, e desde o início da sua carreira, dedicou-se a ações de proteção materna e infantil. Em 1933 foi designado professor catedrático de clínica obstétrica da recém-fundada Escola Paulista de Medicina e em 1942 foi eleito diretor da unidade (BEGLIOMINI, 2023).

Já com relação a biografia de Madre Marie Domineuc, nasceu na Bretanha, França, em 1911. Aos 18 anos entrou para a Congregação das Franciscanas Missionárias de Maria em Chatelet, na França. Graduou-se pela Escola de Enfermagem da Liga contra a Tuberculose na cidade de Paris, em 1932. Em 1938, foi incumbida de organizar a Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo, pois em 1937, a Escola Paulista de Medicina precisava de enfermeiras de nível superior. Assim, o Prof. Álvaro Guimarães busca no Arcebispo de São Paulo, Dom José Gaspar D’Affonseca e Silva um apoio, onde então foi solicitado a colaboração do Instituto das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria, que enviou três irmãs da França e mais algumas de outros países. Essas profissionais assumem a assistência do Hospital São Paulo e, logo em seguida, são criadas condições para a formação da Escola de Enfermeiras do Hospital São

Paulo, que iniciou suas atividades em 1939. Criado o curso de enfermagem obstétrica, por iniciativa do Prof. Guimarães Filho, em 1952 Madre Domineuc se diplomou. Até que a partir de sua atuação na Clínica Obstétrica do Hospital São Paulo, nasceu sua maior obra, o Amparo Maternal, através da sua filosofia assistencial de “não recusar ninguém”, acolhendo mães sem moradia e não aceitas socialmente (MAGINI, 2010; ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP, 2023).

Percebe-se como a formação do curso de Enfermagem, no Hospital São Paulo, esteve associado em sua origem a Igreja Católica. Cabe ressaltar que não foi somente a Enfermagem que recebeu influência do catolicismo em sua formação, a profissão de Serviço Social em sua origem no Brasil também recebeu forte influência desse setor religioso².

Inicialmente a instituição peregrinava pela Vila Clementino/SP em diversas casas alugadas que serviam de alojamento, tendo essa configuração por mais de 20 anos. Em 1964, o Amparo Maternal é inaugurado pelo governador da época, Dr. Adhemar de Barros. Sua estrutura foi pensada de início para ser um Alojamento Social, onde as mães poderiam morar e cuidar de seus filhos, no entanto, devido a recusa dos hospitais de São Paulo atender as gestantes desprivilegiadas, já que não tinham carteira assinada, se tornou necessário estruturar a área hospitalar. Em 1974, o Amparo Maternal passa a ser gerido pela Congregação das Irmãs Vicentinas de Gysegem, sob a liderança da irmã Anita Gomes, permanecendo por quase 40 anos na Instituição, até que em 2007 passa a contar com o apoio administrativo da Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), tanto para os serviços prestados na Maternidade quanto no até então Alojamento Social. Em 2008, a referida associação assume a gestão da Maternidade, que passa a ser conhecida como Hospital Amparo Maternal, no entanto permanece com o apoio administrativo ao Alojamento Social, que executa seus serviços em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) desde 2008, quando passou a se chamar Centro de Acolhida Amparo Maternal – Pavilhão Irmã Leoni, sendo tipificado como Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Em 2021, encerra-se a parceria com a Associação Congregação de Santa Catarina, permanecendo o Centro de Acolhida sob a gestão da Associação Amparo Maternal, com sua diretoria estatutária composta pelos “Missionários da Redenção” e o Hospital Amparo Maternal passou a ser

²Segundo Iamamoto (2007, p. 19) o Serviço Social surge no Brasil vinculado às iniciativas de grupos e frações da classes dominantes, representados pela Igreja, como um dos desdobramento do apostolado leigo, tendo em vista à formação doutrinária e o aprofundamento sobre os “problemas sociais” de trabalhadores, a partir de um contato direto com o ambiente operário. Sua atuação é preferencialmente com mulheres e crianças, sendo dirigida a uma ação de soerguimento moral da família operária.

administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), de forma independente do Centro de Acolhida (AMPARO MATERNAL, 2022a).

Interessante notar como a fundação do Amparo Maternal está associada a interlocução entre saúde e religião, com uma ênfase no saber médico, que nessa época “desfrutava de posição central como estratégia de interpretação e intervenção nas questões de saúde, em suas dimensões pública e privada” (FREIRE, 2006, p. 48). Segundo Zioni, ao longo de todo século XIX, a Saúde foi absorvida pelo poder da corporação médica, associado aos interesses do Estado, convencendo-o da impossibilidade de a fiscalização e cuidados com a higiene urbana, continuarem exercidas por autoridades locais, conforme o costume colonial, e, sim, de responsabilidade médica. Deste modo, os higienistas, por meio de publicações próprias e intenso debate teórico, desenvolveram concepções impregnadas de conteúdo ideológico sobre as relações Medicina/Saúde e Estado, como por exemplo, as propostas de higienização das famílias.

Este discurso baseou-se na ideia de que a medicina – entendida como disciplina científica – só tinha compromissos com a verdade, passando por cima de privilégios e defendendo os indivíduos, através de esclarecimentos que a Ciência Médica podia prover aos indivíduos – através da normatização de sua conduta – de orientações sobre o normal e a moral, que garantiam a saúde e o bem-estar do indivíduo e, conseqüentemente, da Nação como um todo (ZIONI, 1988, p. 64).

Vieira ressalta que é no século XIX que a medicina se consolida como saber científico, “que surge no contexto historicamente determinado da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos” (2002, p. 20).

Donnangelo, ao discorrer sobre a medicalização da sociedade, apresenta como um sentido para a ampliação da prática médica “à extensão do campo da normatividade da medicina, no que diz respeito às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la” (1979 apud VIEIRA, 2002, p. 21), ou seja, no século XVIII aumenta a necessidade da prática médica na emergência do capitalismo, passando a tomar como campo da sua atuação, “a regulação dos nascimentos e a demografia, a partir da qual o corpo feminino vai estar incluído, seja através da higiene, seja com o aparecimento da obstetrícia e da ginecologia” (Idem).

De acordo com Vieira, “para abordar a questão do corpo feminino como objeto da medicina, temos de resgatar a sua dimensão social, ou seja, a articulação que se estabelece entre condição orgânica (biológica) e condição social de gênero” (2002, p. 19). Segundo Rubin (1986 apud DE BARBIERI, 1993), gênero é “o conjunto de disposições pelo qual uma sociedade

transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e no qual se satisfazem essas necessidades humanas transformadas”. Nas palavras da autora De Barbieri

os sistemas de gênero/sexo são os conjuntos de práticas, símbolos, representações, normas e valores sociais que as sociedades elaboram a partir da diferença sexual anatomofisiológica e que dão sentido a satisfação dos impulsos sexuais, a reprodução da espécie humana e, em geral, ao relacionamento entre as pessoas (1993, p. 5, tradução nossa).

Assim, na nossa sociedade, ficou socialmente construído que cabe a mulher o espaço privado, no que se refere a cuidar do lar e dos filhos, e ao homem, o espaço público, como provedor e chefe de família.

[...] dois caminhos conduzirão a mulher ao território da vida doméstica: o instinto natural e o sentimento de sua responsabilidade na sociedade. Enquanto para o homem é designado a esfera pública do trabalho, para ela o espaço privilegiado para a realização de seus talentos será a esfera privada do lar. Tudo que ela tem a fazer é compreender a importância de sua missão de mãe, aceitar seu campo profissional: as tarefas domésticas, encarnando a esposa-dona-de-casa-mãe-de-família (RAGO, 1985, p. 75).

Segundo Vieira, “a medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, baseada principalmente em sua biologia, e através dela a sua condição feminina será naturalizada” (2002, p. 19). Na mesma linha, Nunes aponta que “o discurso médico coloca o sexo feminino como aquele que a natureza fez mais adequado aos cuidados com a infância” (1991, p. 52). A autora acrescenta que “[...] essa determinação biológica é considerada uma artimanha da natureza, para possibilitar à mulher cumprir convenientemente suas funções, já que esta sua característica mais frágil é que lhe permitiria desempenhar o papel de mãe” (1991, p. 53).

Zioni aponta que foi a partir do final do século XIX, quando iniciou o processo de criação de serviços de saúde, que emergiu “as preocupações com controle de saúde da população em geral e do grupo materno infantil em particular” (1988, p. 70).

Nunes aponta que a fim de diminuir os índices de mortalidade infantil, a medicina descobre a relação entre mãe e filho. A autora acrescenta que o que deu início a um projeto de intervenção médica que vai ter como objetivo regular toda a vida da mulher foi o paralelo que encontraram entre o aleitamento mercenário³ e mortalidade infantil. Através de argumentos

³ “O aleitamento ‘mercenário’ referia-se àquele em que as mulheres amamentavam a criança mediante um pagamento previamente estipulado. No caso de uma ama de leite escrava, o dinheiro iria para o seu proprietário” (CARULA, 2012, p. 199).

biológicos, “científicos”, a corporação médica tenta demonstrar que a mulher deve se situar no lar e na maternidade.

A medicina se volta para essa mulher – que era mantida reclusa, desvalorizada e sem qualquer tipo de autonomia – e passa a valorizá-la como esposa e mãe, como agente familiar do projeto médico de perpetuação e proteção da infância. No momento em que a preocupação básica é a preservação da natalidade e a contenção da mortalidade, tornar a mulher mais operante em suas funções maternas, delegando-lhe um novo estatuto dentro da família, é uma das estratégias do projeto médico que a define como um de seus objetos privilegiados. A partir de agora ela deve ser acompanhada no seu dia-a-dia, submetida a uma vigilância médica necessária para torná-la capaz de desempenhar da melhor maneira possível a grande tarefa que lhe foi confiada (1991, p. 51).

De acordo com a autora, “os médicos, reconhecendo a utilidade da mulher enquanto agente dos cuidados com as crianças, procuram estabelecer uma aliança com a mãe através de uma valorização de seu estatuto dentro da família” (1991, p.52).

Carula (2012) examina de que forma a defesa do aleitamento materno no Brasil esteve imbricada com questões relativas à escravidão no jornal *A Mãe de Família*, veiculado na Corte (1879 -1888). A autora analisa como o jornal apresentava uma luta em prol do aleitamento materno a fim de educar a mulher para desempenhar de forma satisfatória a maternidade dentro dos parâmetros higiênicos. Dando ênfase de como o fato da maior parte das amas de leite serem mulheres escravizadas influenciou na argumentação contra o aleitamento mercenário. A autora destaca que os médicos em terras brasileiras argumentavam que o aleitamento materno viabilizava que as crianças brancas não fossem amamentadas por mulheres escravizadas ou libertas, consideradas racialmente inferiores, existindo uma crença de que o leite transmitiria qualidades morais aos bebês, partindo do princípio de que se tratava de “mulheres sem inteligência, repletas de vícios e desprovidas de carinho. Características consideradas inerentes, que poderiam passar por meio do leite para os filhos das mulheres brancas, que contrairiam os mesmos vícios, se tornando insolentes” (p. 201). Assim, o aleitamento materno traria duas vantagens: a qualidade do leite da mãe era melhor do que qualquer outro; e a garantia da qualidade moral do filho, sendo sua transmissão feita pelo próprio alimento (Idem).

Na mesma linha, Graham (1995 apud FREIRE, 2006) sinaliza que mesmo após a abolição da escravatura, algumas dinâmicas permaneceram as mesmas, como por exemplo, o fato de as mulheres escravizadas libertas continuarem exercendo as mesmas funções domésticas de anteriormente, especialmente a de nutrizes – as amas-pretas, ou mães-pretas. De outro modo, nessa época havia uma recorrência de doenças, como a tuberculose, que disseminavam o medo

de contágio na população. Cabe ressaltar que a origem dessas doenças era localizada nos pobres. Assim, as mulheres escravizadas libertas continuavam trabalhando como amas na casa senhorial, no entanto moravam em cortiços (foco principal das doenças), tornando-se assim potenciais portadoras da ameaça de contágio físico e moral. Dessa forma, segundo a tese de Grahan, foi o debate público sobre a ameaça de contágio através das amas que desencadeou a reflexão e posterior reorientação do papel da mulher branca brasileira enquanto mãe, propiciando condições para intervenção do poder público e cedendo espaço para a entrada de propostas médicas saneadoras, tal como a proposta do aleitamento materno discutida acima.

Vale a pena ressaltar que essa reorientação médica sobre o papel da mulher enquanto mãe através do aleitamento materno é direcionado especificamente para as mulheres brancas, pois as mulheres negras sempre amamentaram seus filhos e os de outras, enquanto amas-de-leite. Sobre esse aspecto, Lélia Gonzalez vai dizer que a mãe preta, “simplesmente é a mãe. É isso mesmo, é a mãe. Porque a branca, na verdade, é a outra” (1984, p. 235 apud NOVAIS, 2019, p. 76).

A gente pergunta: quem é que amamenta, que dá banho, que limpa cocô, que põe pra dormir, que acorda de noite prá cuidar, que ensina a falar, que conta história e por aí afora? É mãe, não é? Pois então. Ela é a mãe. A branca, a chamada legítima esposa, é justamente a outra que, por impossível que pareça, só serve prá parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso, a ‘mãe preta’ é a mãe. E quando a gente fala em função materna, a gente tá dizendo que a mãe preta, ao exercê-la passou todos os valores que lhe diziam respeito prá criança brasileira [...]. Essa criança, esse infans, é a dita cultura brasileira, cuja língua é o pretuguês (Idem).

Diante do exposto, podemos inferir que a instituição Amparo Maternal pode ter sido criada com um objetivo médico de concentrar uma parcela daquelas mulheres desprovidas de residência fixa e excluídas socialmente a fim de disseminar entre elas os conhecimentos médicos de caráter ideológico moral sobre a melhor forma de exercer a maternidade, dentro dos padrões higienistas, com o suporte da religião.

Com relação ao Prof. Álvaro Guimarães Filho, ele também era membro da Liga Paulista de Higiene Mental e, na área da Educação, possui uma tese intitulada “Higiene e Educação Mental” apresentada na I Conferência Nacional de Educação em 1927. Abreu Junior e Carvalho demonstram como a educação é usada como instrumento para disseminar não só os conceitos higienistas, como também, eugenistas, citando como exemplo a tese do Prof. Álvaro Guimarães Filho, na qual ele defende a importância de o professor conhecer os preceitos da higiene mental,

uma vez que estará direto em contato com as crianças, tornando-o capaz de identificar e selecionar crianças para colocá-las em classes separadas, de acordo com supostos níveis diferentes de anomalias mentais, defendendo assim em seu discurso, a criação de ‘escolas para os anormais’ (2012, p. 441). Além disso, na referida tese, como aponta Iamashita (2016, p.269) o professor classifica “a sífilis, o alcoolismo, a hereditariedade, o casamento consanguíneo como moléstias mentais”. Teria o renomado professor seguido essa mesma linha de raciocínio quando propôs a criação de um alojamento social para as mães ‘anormais’?.

2.2 De Amparo Maternal para Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas

De acordo com a Portaria 46/2010 da SMADS, que “dispõe sobre a tipificação da rede socioassistencial do município de São Paulo e a regulação de parceria operada por meio de convênios” (SÃO PAULO, 2010), o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas era denominado “Centro de Acolhida para Gestantes, Mães e Bebês”, está inserido na rede socioassistencial do município de São Paulo como serviço complementar⁴ da Rede de Proteção Especial – Alta Complexidade⁵ e se caracterizava por

oferecer abrigo provisório para gestantes em situação de vulnerabilidade e risco social estendendo-se ao período pós-parto e ao seu filho recém-nascido (por até 6 meses, podendo ser prorrogado em conformidade com o estudo social realizado), e trabalho social individualizado que favoreça o processo de reconstrução de suas vidas e reinserção social, familiar e comunitária (SÃO PAULO, 2010, p. 225).

Ainda segundo a Portaria 46/2010, o Centro de Acolhida para Gestantes, Mães e Bebês tinha como objetivo “acolher e garantir proteção integral às gestantes, mães e recém-nascidos” e como objetivos específicos:

⁴“Serviços complementares: são serviços conveniados que não estão contemplados na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, mas fazem parte da rede socioassistencial do município, atendendo usuários em situação de vulnerabilidade e risco social [...]. Estão também incluídos, sob essa denominação, os serviços que temporariamente, se encontram em processo de construção de parâmetros técnicos e de custo, assim como aqueles que se caracterizam por um complexo de serviços oferecido num só local” (SÃO PAULO, 2010).

⁵A Proteção Social Especial “é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação trabalho infantil, entre outras” (SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO, 2023). No que se refere a Proteção Social Especial de Alta Complexidade “Garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário” (Idem).

promover o processo de reconstrução de vida; contribuir para restaurar e preservar a integridade da gestante e seus filhos em situação de vulnerabilidade e risco social; oportunizar a geração de renda e autonomia por meio de oficinas e/ou cursos de formação e capacitação profissional; promover ações para a reinserção familiar e comunitária (Idem).

Em relação ao quadro de recursos humanos, a Portaria prevê “Gerente de serviço, Técnico (Psicóloga e Assistente Social), Assistente técnico, Orientador socioeducativo diurno (1 para cada 50 usuários e 1 folguista) e noturno (1 para cada 50 usuários e 1 folguista), Cozinheiro e Agente operacional (2 para cada 50 usuários sendo 1 para cozinha e mais 2 folguistas)”.

Na Portaria consta que a forma de acesso ao serviço era através de “demanda encaminhada e/ou validada pelo CRAS, CREAS, rede de serviços socioassistenciais e Poder Judiciário”. No entanto, o fluxo de acolhimento foi alterado pela Portaria 58 da SMADS de 02 de setembro de 2021, que “dispõe sobre a operação da Central de Vagas de Acolhimento Institucional e Familiar da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo” (SÃO PAULO, 2021) e estabelece em seu artigo 1º do Capítulo 1

Fica criada a Central de Vagas de Acolhimento Institucional e Familiar da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), vinculada à Coordenação de Pronto Atendimento Social (CPAS), com suporte técnico das Coordenações de Proteção Social Especial (CPES) e da Coordenação do Observatório de Vigilância Socioassistencial (COVS) (Idem).

De acordo com essa Portaria, o atendimento a todas as solicitações e determinações de disponibilização de vagas nos serviços de acolhimento familiar e institucional, dentre eles o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, compete à Central de Vagas e a solicitação de vagas é feita através de formulário específico, conforme ANEXO C, que deve ser enviado pelo órgão demandante para o email da CPAS, responsável por “supervisionar a operacionalização da Central de Vagas, assegurando pronto atendimento ininterrupto às requisições de vagas para acolhimento de crianças, adolescentes, jovens e mulheres demandadas pelos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos” (Ibidem). A portaria aponta que são órgãos demandantes de serviços de acolhimento institucional para mulheres: Poder Judiciário; CREAS/Centro POP; Centro de Defesa e Convivência da Mulher – CDCM; Centro de Cidadania da Mulher – CCM; Centro de Referência da Mulher – CRM; Centro de Acolhida Provisório para Mulheres em Situação de Violência – Casa de Passagem; Casa da Mulher

Brasileira – CMB; Serviço Especializado de Abordagem Social – SEAS; e Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua.

Através da Portaria da SMADS nº13 de 6 de março de 2023, que altera o “Item – Centro de Acolhida para Gestantes, Mães e Bebês” do anexo I – Rede de Serviços Socioassistenciais Complementares do Município de São Paulo da Portaria SMADS nº46/2010, o nome do serviço passou a ser Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Essa Portaria também dispõe sobre a permanência de mulheres com filhos até 6 anos, pois antes somente era autorizada a entrada no serviço de gestantes e mulheres com filhos até 6 meses. O serviço passa a ser caracterizado por oferecer

Acolhimento provisório para mulheres, acima de 18 anos, gestantes em situação de vulnerabilidade e risco social, estendendo-se ao período pós-parto por até 12 meses, podendo ser prorrogado por igual período (em conformidade com o estudo social a ser realizado) a fim de garantir proteção integral. As unidades devem oferecer ambiente acolhedor, estar inseridas na comunidade, oferecendo estrutura física adequada. Tem a finalidade de assegurar atendimento, acolhimento e atividades direcionados ao desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares e de identificação e incentivo a competências e habilidades que oportunizem a construção de novos projetos de vida. Oferece trabalho técnico para a análise das demandas das usuárias, orientação individual e grupal e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas que possam contribuir para a construção da inclusão social, de sensibilização para o mundo do trabalho e qualificação profissional, e da proteção às situações de violência. As regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva, a fim de assegurar a autonomia das conviventes (SÃO PAULO, 2023).

Com relação aos objetivos da instituição, além dos anteriores, a Portaria acrescenta os seguintes: “Acolher e garantir proteção integral às gestantes e puérperas, acompanhadas de seus recém-nascidos e demais filhos; Possibilitar condições de acesso à rede de serviços socioassistenciais, a benefícios assistenciais e demais políticas públicas” (Idem) e um outro objetivo que merece destaque:

Respeitar as singularidades, diversidades e especificidades das usuárias, considerando raça, etnia, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracional, territorial, de nacionalidade, de posição política, religião, deficiência entre outros – e promover o fortalecimento de suas identidades e de vínculos de pertencimento sociocultural (Ibidem).

Esse novo objetivo demonstra como os formuladores das políticas públicas da SMADS passaram a entender que as mulheres não são um grupo homogêneo e que as políticas públicas

devem ser sensíveis às interseções de gênero, raça e etnia, reconhecendo que as mulheres vivenciam desigualdades de maneiras diferentes com base em suas identidades múltiplas, que podem incluir raça, etnia, classe social, orientação sexual, identidade de gênero, idade e deficiência, entre outros fatores.

Em relação ao perfil das acolhidas, no site da instituição diz que “são os mais diversos: gestantes que sofreram violência física, sexual e psicológica, mulheres em situação de rua, usuárias de substâncias psicoativas e, um que vem crescendo sensivelmente nos últimos anos, refugiadas⁶ de outros países” (AMPARO MATERNAL, 2022a).

Em 2022, quando realizei a primeira visita no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, de início me chamou a atenção o longo portão com grades (Figura 1). Eu estava com o celular na mão e uma das mulheres acolhidas que estava no pátio logo perguntou: “Você não tá tirando foto de nós não, né fia?”, ao que eu respondi que não e logo fui atendida pelo recepcionista que me conduziu até a gerente do serviço.

Figura 1 – Frente do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

⁶No site e documentos institucionais, aparece o termo “refugiadas”, no entanto, tratam-se de imigrantes, tendo em vista que muitas mulheres oriundas de outros países que dão entrada no serviço não podem ser consideradas refugiadas, já que “os refugiados são pessoas que deixaram tudo para trás para escapar de conflitos armados ou perseguições. Com frequência, sua situação é tão perigosa e intolerável que devem cruzar fronteiras internacionais para buscar segurança nos países mais próximos, e então se tornarem um ‘refugiado’ reconhecido internacionalmente, com o acesso à assistência dos Estados, do ACNUR e de outras organizações” (EDWARDS, 2023). Já os migrantes “escolhem se deslocar não por causa de uma ameaça direta de perseguição ou morte, mas principalmente para melhorar sua vida em busca de trabalho ou educação, por reunião familiar ou por outras razões. Diferente dos refugiados, que não podem voltar ao seu país, os migrantes continuam recebendo a proteção do seu governo” (Idem).

A gerente do serviço, que é assistente social de formação, conversou comigo e me apresentou a instituição, funcionários e algumas mulheres acolhidas que encontrávamos no percurso, dentre essas mulheres, identifiquei por meio do sotaque, que três delas eram provavelmente imigrantes, o que vai de acordo com o que o site da instituição informa sobre o perfil das acolhidas. Perguntei a uma delas qual era seu país de origem, e ela me respondeu “Angola”.

Trata-se de um prédio com três andares, com rampas (Figura 2), sendo que no primeiro andar ficam as salas da Gerente, das Técnicas (Psicóloga e Assistente Social), Recursos Humanos, Presidente e Diretor Financeiro, além de contar com um hall de entrada e um pátio no qual as mulheres podem ficar tomando sol com seus bebês e fumar. No pátio também há um Bazar Beneficente. No segundo andar, encontra-se o Refeitório (Figura 3), Sala de Depósito, Lavanderia (Figura 4), Biblioteca (Figura 5), Salas de Oficinas – sala de Cabeleireiro (Figura 6), sala de Costura (Figura 7) e sala de Informática (Figura 8) – Sala de Convivência (Figura 9), Salão de Festas (Figura 10) e Capela. Nesse andar estão os quartos das mães que estão com seus bebês de colo, sendo quatro quartos, em média com quatro camas e berços ao lado de cada um (Figura 11), bem como armários em cada um dos quartos. No terceiro andar tem oito quartos, sendo que dois estavam desativados (Figura 12), em relação aos outros seis, há algumas gestantes e camas desocupadas. Esse andar também conta com uma Videoteca (Figura 13). Importante ressaltar que em nova visita realizada em agosto de 2023, foi possível constatar que o serviço passou por algumas mudanças a fim de se adequar para receber mais mulheres e crianças até 6 anos, como a ativação dos dois quartos (Figura 14) e a colocação de telas de proteção nas rampas (Figura 15).

Figura 2 - Rampas



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 3 – Refeitório



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 4 – Lavanderia



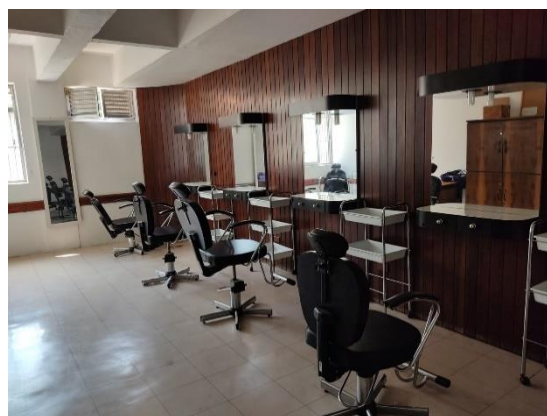
Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 5 – Biblioteca



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 6 – Sala de Cabeleireiro



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 7 – Sala de Costura



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 8 – Sala de Informática



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 9 – Sala de convivência



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 10 – Salão de festas



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 11 – Quarto



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 12 – Quarto inativo



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 13 – Videoteca



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Figura 14 – Quarto reformado



Fonte: Elaborada pela autora, 2023

Figura 15 – Rampas com telas de proteção



Fonte: Elaborada pela autora, 2023

No dia da visita, fiquei sabendo por meio de uma Orientadora Socioeducativa que o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas contava com 45 acolhidos, sendo 15 gestantes, 15 puérperas e 15 recém-nascidos. De acordo com a gerente, a unidade disponibiliza 50 vagas, entre mães e bebês⁷. Acrescentou ainda que somente aceita mulheres que estão gestantes ou com recém-nascidos de até 6 meses, ou seja, se a mulher tiver outros filhos fora dessa faixa etária, ela não pode levá-los com ela, ficando esses com algum familiar ou em abrigos (vimos que com a Portaria nº 13/2023 da SMADS essa situação se alterou). Além disso, trata-se de um serviço municipal, portanto somente recebe mulheres que estão no município de São Paulo. A gerente informa que pode acontecer situações excepcionais em que há o acolhimento de mulheres de outros municípios, bem como de mulheres com crianças com faixa etária distinta da que o serviço prevê, no entanto depende da situação e da avaliação do CREAS de referência.

Em relação ao ingresso na instituição, a gerente confirmou que é via Coordenação de Pronto Atendimento Social (CPAS), conforme preconiza a Portaria 58/2021. Sendo assim, os órgãos demandantes, dentre eles as Maternidades, pode solicitar a vaga diretamente para o email da CPAS ou solicitar para o CREAS Vila Mariana, que também seguirá o fluxo de enviar formulário específico para a CPAS.

No que concerne o quadro de recursos humanos, há 1 gerente (está há 3 meses no serviço), 1 assistente social (atua no serviço há 8 anos e estava de férias no momento da visita), 1 psicóloga (atua no serviço há 2 meses, antes disso houve a contratação de 2 psicólogas que pediram demissão em um curto período de tempo, segundo a gerente), 5 orientadores socioeducativo (sendo 2 diurno, 2 noturno e 1 folguista), 4 agentes operacionais (sendo 2 da higiene e 2 da cozinha), 1 cozinheira e 1 assistente técnica, com formação em Pedagogia.

No que diz respeito às oficinas, a gerente informou que elas funcionam com voluntariado e, devido a pandemia da COVID/19, em março de 2022 estavam suspensas, aguardando liberação da Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS)⁸.

⁷ Cabe ressaltar que com a Portaria nº13/2023 da SMADS, o serviço passa a contar com 100 vagas além de permitir a presença de crianças até os 6 anos.

⁸ “São unidades descentralizadas sob coordenação da COVISA (Coordenadoria de Vigilância em Saúde), localizadas nas seis regiões do município de São Paulo – Norte, Sul, Leste, Centro, Oeste e Sudeste. Ao todo, são 27 UVIS, que atuam em três áreas: Vigilância Ambiental: controle da dengue, roedores e animais sinantrópicos e vacinação anti-rábica para cães e gatos; Vigilância Sanitária: fiscalização de comércio varejista de alimentos, medicamentos e serviços de saúde; Vigilância Epidemiológica: vacinação e controle de doenças epidêmicas. As supervisões desenvolvem atividades de orientação e fiscalização de estabelecimentos que comercializam produtos e prestam serviços relacionados à saúde como o comércio varejista de alimentos, drogarias, clínicas médicas e odontológicas, instituições de longa permanência para idosos, creches, salões de beleza, cabeleireiros e podologia.

Com relação às visitas, as mulheres que estão acolhidas podem recebê-las de segunda-feira a sexta-feira no período diurno. Segundo a gerente, as visitas são realizadas no pátio e monitoradas pela equipe técnica, os visitantes não podem entrar no prédio.

Em relação às saídas do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, as mulheres podem sair por motivos pessoais todos os dias da semana, devendo retornar ao serviço até as 18 horas. Nos casos de saídas com outras finalidades, como consultas médicas, emissão de documentos, agendamentos no Poder Judiciário e/ou demais Instituições e serviços, as mulheres deverão apresentar comprovante/declaração referente ao período de atendimento.

Para entender na prática como funciona o fluxo para entrada de mulheres na instituição e como é feito o atendimento inicial por parte da equipe técnica, acompanhei um acolhimento feito por uma técnica a uma gestante imigrante que será apresentado no próximo item.

2.3 Acolhimento inicial a uma gestante oriunda da Angola

Como sinalizado anteriormente, vem crescendo nos últimos anos o número de mulheres imigrantes que dão entrada no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. De acordo com informações da técnica de Psicologia do serviço, em março de 2023, das 50 vagas disponíveis para mães, gestantes e bebês, 40 estavam ocupadas, sendo 17 mães, 17 bebês e 06 gestantes. Dessas mulheres, 16 são imigrantes, nenhuma delas refugiadas, sendo 15 angolanas (4 gestantes e 11 mães) e 1 Marroquina (mãe).

Segundo Novaes, ao analisar o processo migratório de mulheres angolanas grávidas e/ou com filhos para São Paulo, as instituições da sociedade civil que atuam com população imigrante na cidade, como a Missão Paz e o Centro de Referência para Refugiados da Caritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP), identificaram um aumento significativo da imigração de mulheres grávidas a partir de 2013. A autora traz dados da Cáritas para demonstrar que de 2013 a 2017 o número de mulheres grávidas passou de 10 para 54, sendo que em 2015 e 2016 vieram 110 e 173 respectivamente. Destaca ainda que os angolanos compuseram o grupo que mais chegou à Cáritas nos anos de 2016, 2017 e 2018 (CASP, 2021 apud NOVAES, 2021, p. 101). De acordo com dados da Missão Paz, ao longo dos anos, foi registrado um aumento da procura de mulheres angolanas buscando atendimento na instituição, sendo que em 2013 foram 28, em

Desenvolvem também ações educativas e preventivas e realizam de campanhas de vacinação e de imunização” (CIDADE DE SÃO PAULO, 2022).

2014, 29, em 2015, 101, em 2016 teve o pico de 439, em 2017, foram 201 e em 2018, 52 (MISSÃO PAZ, 2020 apud NOVAES, 2021, p. 101).

A autora apresenta ainda que o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE) registrou um aumento no número de angolanos que solicitaram refúgio no Brasil a partir de 2013, sendo que no referido ano foi registrado 68 novos solicitantes angolanos, em 2014, foram 199 pessoas, em 2015, 1.095, em 2016, 1.351 e em 2017 teve o pico de 2.065 pedidos de refúgio por parte desses imigrantes (MJSP, 2020 apud NOVAES, 2021, p. 102).

Movida pelo interesse em descobrir o que motivava essas mulheres gestantes ou com filhos a migrarem para o Brasil, Novaes em sua pesquisa entrevistou 19 mulheres angolanas que chegaram no Brasil entre 2013 e 2018 grávidas ou não, com filhos ou não, com maridos e companheiros ou não. Uma das hipóteses que norteou a pesquisa foi que as mulheres angolanas “adotam estratégias migratórias para conseguir a permanência no Brasil, o que envolve a decisão de migrar grávida ou aqui engravidar para conseguir a regularização migratória com base em prole brasileira” (2021, p. 103). Essa hipótese foi confirmada pela autora, na medida em que dessas entrevistadas, 14 mulheres migraram grávidas, sendo que oito delas estavam no último trimestre de gestação. Além disso, durante as entrevistas, Novaes identificou que a parte burocrática relacionada a solicitar refúgio, os diferentes tipos de visto, não era muito claro para as mulheres, mas o que predominava “era a certeza de que sendo mãe de filho brasileiro, sua regularização e permanência no país estaria garantida, ainda que os meios para tanto não fossem compreendidos em profundidade” (2021, p. 106) e esse fato ficou evidente no relato de uma entrevistada que disse “porque se a pessoa teve nenê, ninguém manda embora” (Idem).

A outra hipótese que norteou a pesquisa foi que o fenômeno da migração de mulheres angolanas para a cidade de São Paulo tem a ver também com o “atendimento à saúde precário no país de origem e à crença de que no país de chegada encontrarão melhores condições de saúde e educação para elas, seus filhos e suas famílias” (2021, p. 103). Assim, apesar de terem interesse em permanecer no país dentro da lei, há também o “desejo de melhorar sua qualidade de vida, busca por melhores oportunidades e na possibilidade de dar outro rumo e significado para as trajetórias de seus filhos e suas famílias” (2021, p. 107). Essa hipótese foi confirmada por Novaes na medida em que os dados comparativos dos indicadores internacionais apontam que as condições de saúde e educação no Brasil são superiores a Angola, além disso, as próprias entrevistadas frequentemente mencionavam a gratuidade e a qualidade dos hospitais, dos postos de saúde, das creches, e das escolas da cidade de São Paulo (2021, p. 111).

E, por fim, a última hipótese que a pesquisa se baseou foi que “o desejo de alcançar melhores condições de vida a partir da reprodução e regularização migratória no Brasil são

fatores que precedem a busca por trabalho” (NOVAES, 2021, p. 103). A autora confirmou essa hipótese identificando através das entrevistas que é somente a partir do período pós-parto, quando a mulher necessita garantir o sustento da família, que o trabalho se torna um fator importante, tendo em vista que muitas delas são as únicas responsáveis pela casa. Das 19 entrevistadas, apenas 2 informaram que vieram para o Brasil em busca de emprego, as demais “revelaram que a motivação para a emigração foi primordialmente a procura de melhores condições de vida para seus filhos, elas próprias e suas famílias” (NOVAES, 2021, p. 111).

Podemos identificar essa busca por melhores condições de vida no Brasil em um relato de uma mulher angolana que atualmente trabalha no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas como auxiliar de serviços gerais, no entanto já ficou acolhida no serviço quando estava grávida de 8 meses:

Eu demorei para entender que os muitos gestos aqui do Amparo eram de cuidado. Eu e o bebê ganhamos roupas novas para vestir, cuidaram da minha saúde e fui aprendendo que aqui é um lugar abençoado para onde Deus nos enviou. **A minha vida no meu país foi sofrida. Quando decidimos vir ao Brasil, sabíamos que teríamos algo melhor** (Grifos meus) (AMPARO MATERNAL, 2022b).

No dia 24 de fevereiro de 2023 presenciei um acolhimento feito por uma técnica de Psicologia, que está há 7 meses no serviço, a uma mulher, a qual vou chama-la de Kessia, oriunda de Luanda – Angola que chegou ao Brasil no dia 18 de fevereiro de 2023 e procurou espontaneamente o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas no dia 23 de fevereiro de 2023. Assim, a técnica me informou que foi enviado email para o CREAS solicitando liberação de vaga no serviço, e o CREAS fez a solicitação via email para a CPAS, que autorizou a vaga e vinculou a mulher ao SISA.

Kessia era uma mulher alta, negra, estava com roupas largas pretas, sendo uma blusa e uma saia. Devido suas vestimentas largas, de início tive dificuldade em visualizar sua barriga de gestante. Aparentemente estava cansada, percebi que respondeu às perguntas com certa dificuldade e se limitou a poucas palavras, tendo uma leve dificuldade com o português. Durante o acolhimento, foi informado que além do português, ela fala Lingala. Inicialmente a técnica perguntou se a mulher já havia descansado, e recebeu um unísono “sim”. Logo em seguida, recebeu a informação pela técnica que nesse mesmo dia após o horário do almoço, ela teria uma consulta na UBS para acompanhamento de sua saúde. A mulher recebe a informação com certo espanto e pergunta se teria que ir sozinha, e é informada pela técnica de que ela iria

com um acompanhante. A técnica acrescenta que já tirou cópias dos documentos de Késsia, como o cartão pré-natal, passaporte e visto.

A técnica confirma se no dia anterior a mulher recebeu um kit de produtos de higiene, ao que Késsia respondeu que sim. Indaga sobre seus itens pessoais, se já estão guardados no armário, pois informa que viu que a mulher trouxe bastante coisas. Késsia automaticamente confirma e lhe mostra a chave.

Assim, feito esse acolhimento inicial, a técnica informa a usuária que vai começar a preencher os dados pessoais na ficha de acolhimento que já estão nos documentos. Assim, vai confirmando alguns dados como nome dos pais, data de nascimento e como prefere ser chamada, tendo em vista que a própria mulher já havia manifestado no dia anterior que prefere ser chamada pelo seu último nome, sendo a pronúncia mais fácil.

A técnica confirma se a mulher tem um companheiro, aparentemente já havia recebido essa informação no dia anterior. Assim, lhe pergunta o nome dele e pergunta se a “filha menor” está com ele e a mulher confirma que sim.

Também é perguntada sobre sua escolaridade, e Késsia responde que estudou pouco, por 3 anos. Ao ser indagada se sabe ler e escrever, a mulher responde que “pouco”. Assim, a psicóloga indaga se Késsia tem interesse em voltar a estudar e diz que no acolhimento vai ter essa oportunidade.

Com relação a sua rede familiar, a mulher informa que seu companheiro e sua filha de 4 anos estão em Luanda – Angola, ao ser indagada, diz que não tem familiares no Brasil. A técnica pergunta se ela tem mãe, e ela responde que sim, no entanto no decorrer do acolhimento não é desenvolvido como é essa relação com a mãe.

A psicóloga pergunta sobre quais são os planos para o futuro, se o companheiro pretende vir para o Brasil juntamente com sua outra filha, e a mulher responde que “sim”. Assim, não teve um espaço para a mulher desenvolver mais sobre suas expectativas, a própria técnica inferiu essa alternativa, e a mulher apenas confirmou.

Com relação a sua vinda para o Brasil, a técnica indaga como ela conseguiu vir para cá, quem comprou as passagens, o custo e se teve alguma ajuda da assistência, do governo. A mulher informa que o pai da filha “pagou” para ela vir, não soube informar o valor das passagens. Acrescenta que quando chegou ao Brasil, não tinha lugar para ir, assim começou a procurar um local para dormir, “uma gente me levou para uma tenda”, a recomendando a dormir lá e no dia seguinte procurar um local para ficar. Assim, ela foi procurando algum serviço de acolhimento, porém devido ao feriado de Carnaval não conseguiu acessar os serviços, apenas conseguindo ter acesso ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas na quinta-

feira (23/02/2023) após feriado. Nesse momento, a técnica me informa que acredita que a mulher ficou na região da Sé, pela descrição das tendas.

A técnica informa a Kessia que depois vai orientá-la sobre os documentos do Brasil. Logo em seguida, começa a fazer perguntas relacionadas a saúde da entrevistada. Assim, indaga sobre seu histórico gestacional, se ela está na segunda gestação e qual período, a mulher confirma que sim, e que está com 8 meses de gestação. Com relação ao tipo de parto, indaga se foi natural ou teve alguma intervenção, “cesárea”, a mulher faz um gesto com as mãos para dizer que foi natural. Também é perguntada se essa gestação possui algum risco, e a mulher informou que “não”.

No que se refere ao uso de substâncias psicoativas, a técnica pergunta “você fuma, bebe?”, a mulher diz que não, a técnica retoma “mas já usou alguma coisa?”, a mulher informa que sim, mas que há muito tempo, utilizando-se de gestos na mão para mostrar essa grande passagem de tempo. A psicóloga insiste em saber como era esse uso e a mulher responde que fazia o uso apenas em festas. “E drogas?”, a mulher diz que nunca usou. Logo em seguida, a técnica pergunta sobre problemas relacionados a saúde mental, se Késsia tem algum, e recebe um unísono “não”.

Feito essas perguntas iniciais, consideradas de relevância para conhecer um pouco da mulher que agora vai fazer parte do serviço, a técnica começa a fornecer uma série de orientações relacionadas as regras e convívio no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Inicia falando sobre os horários das 5 refeições que são fornecidas no decorrer do dia, acrescenta que elas devem ser feitas apenas no espaço do Refeitório, ou seja, não pode levar alimentos para os quartos, acrescenta ainda, que não pode guardá-los dentro do armário. Informa que quando a mulher for sair, é importante deixar o armário trancado e deixar a chave com a Orientadora Socioeducativa. Logo após essa orientação, é aproveitado o momento para apresentar a mulher o “Formulário de controle de saída” e já coloca como exemplo a saída que vai ocorrer nas próximas horas para a UBS. Acrescenta que quem preenche esse instrumental, é a técnica.

Também é fornecida orientações relacionadas a Lavanderia e que a mulher pode usufruir de todos os espaços da casa, como a Biblioteca, Sala de TV, mas adverte que não pode deitar nesses espaços, somente nos quartos, e que ela pode descansar sempre quando achar necessário. Orienta ainda sobre ter cuidado com os pertences, principalmente o celular, pois no serviço “há pessoas de diversos tipos, origens diferentes” e a instituição não se responsabiliza pela perda ou furto de pertences.

A técnica informa ainda que há vários eventos na instituição, como festas de aniversários, festas em datas comemorativas, como teve recentemente a do Carnaval, entre outros. Diz que nesses eventos são tiradas muitas fotos e, assim, indaga se a mulher tem algum problema com relação as fotos, Kessia responde que “não”. Nesse momento, lhe é apresentado o “Termo de cessão de licença de uso de imagem e voz”, e o “Regimento Interno do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas”, documento em que contém as regras da instituição, os quais a mulher assina.

Para finalizar, a técnica entrega um encaminhamento que deve ser levado na UBS. Indaga se a mulher tem alguma dúvida, Kessia responde que não. Repentinamente, a psicóloga lembra de falar sobre as atividades que ocorrem diariamente na casa, como a Yoga, que acontece nas quartas e quintas-feiras, orienta que é bom participar, pois a atividade faz bem para o corpo, mente e auxilia no momento do parto. Informa que há uma lista de presença para as atividades. Cita mais exemplos, como atividades manuais, de costura, cabeleireiro, artesanal, além de uma atividade com uma psicóloga voluntária. Pergunta se a mulher sabe fazer trança, Kessia acompanhada de gestos na mão diz que “mais ou menos”, e a técnica informa que vai ter curso que é de preparação para o mercado de trabalho, que são: Cabeleireira e Corte/Costura.

Acrescenta que além dessas atividades, há as atividades da vida diária, como por exemplo, auxiliar no Refeitório. Informa que a participação nessas atividades vai acarretando na acumulação de pontos para as mulheres, que funcionam como um “cartão de crédito” a ser utilizado no “Amparo Shopping”, um evento que ocorre uma vez por mês na instituição no qual as mulheres podem comprar itens para si e para seus bebês por meio da utilização dos pontos, “quanto mais você participa na casa, mais pontinhos você vai ter para comprar roupas para você o bebê”.

A técnica pergunta se do dia anterior para a presente data Kessia já estava conhecendo as demais mulheres e se havia alguma que ela conhecia, se tem alguma da sua região. Percebi um brilho nos olhos quando ela falou que tem mais mulheres de lá, porém não as conhecia.

Quando a técnica se retira por poucos minutos para resolver uma situação, deixando-me a sós com Kessia, lhe pergunto sobre o motivo de ter vindo ao Brasil, e ela responde “muita fome, bactéria, para mulher grávida é muito ruim” (sic). Quando a técnica retorna à sala de atendimento, informo que fiz essa pergunta e obtive essa resposta. Assim, a técnica pergunta a Késsia se seu companheiro trabalha lá em Luanda e ela respondeu que sim, que ele faz várias coisas.

Assim, o acolhimento termina, Kessia é liberada e eu aproveito esse momento para conversar com a técnica sobre suas impressões com relação a esse acolhimento e aos demais.

Com relação aos registros, a técnica informou que não tem como ser literal ao que a mulher fala, tem a consciência que seus registros passam por um “filtro” que traz muitos elementos de sua própria história de vida, das suas vivências e experiências profissionais. Sobre esse aspecto, Pereira et al destaca que

Ao assumir uma função ocupacional, o profissional se implica subjetivamente por meio de suas atitudes, construídas a partir de relações sociais e compostas por suas crenças, pensamentos, fantasias e referências produtoras das ações ocupacionais e das transformações em sua subjetividade (2021, p. 4).

Perguntei a ela como o tema da violência normalmente aparece nos atendimentos, pois percebi que ela não havia feito uma pergunta relacionada a esse tema a mulher. Ela fala que é um tema que normalmente aparece no decorrer dos atendimentos técnicos, as vezes a longo prazo. Ao meu ver, esse fato demonstra uma preocupação técnica em não ser invasiva, pois é sabível que as mulheres vítimas de violência, seja ela qual for, tem dificuldades em contar a alguém que sofre algum tipo de violência, é através de um tempo, e uma relação de confiança, que muitas mulheres conseguem falar sobre isso. Dificilmente isso aparece em um primeiro atendimento.

Ao analisar a ficha de acolhimento preenchida ali na ocasião do atendimento, percebi que a técnica assinalou “Negra” no campo de “Raça declarada” e no campo de “Orientação Sexual” assinalou como “Heterossexual”. Indaguei sobre ela fazer esses registros e não ter perguntado a Kessia, ao que ela respondeu que não tinha condições de perguntar para a mulher sobre a questão da orientação sexual, pois até ela entender todos aqueles termos, mas, em sua percepção, se ela é casada com um homem, e está gestante, só pode ser heterossexual, mas se for bissexual, a técnica ressalta que vai descobrir com o tempo. Com relação a raça, a técnica informou que isso é muito do Brasil, que “lá eles não tem essa questão da raça”, já perguntou em alguns momentos e as mulheres ficaram sem entender e, em sua visão, não vai perguntar para uma pessoa que ela está vendo que é preta qual sua raça.

Sobre esse aspecto, vale a pena ressaltar que a coleta do quesito raça/cor, à luz dos critérios do IBGE (branca, preta, parda, amarela ou indígena) é parte fundamental do processo de identificação das pessoas com as quais os técnicos se deparam nas diversas instituições que executam as políticas públicas. Como assinala Eurico, o critério adotado no momento da coleta deve ser o de autodeclaração, o que pressupõe que “a própria pessoa tem autonomia para indicar

a própria cor/raça/etnia e a profissional assume a responsabilidade de dialogar sobre eventuais dúvidas e/ou incômodos em relação à pergunta” (2022, p. 12). A autora conclui que

A recusa reiterada de introdução da coleta do quesito raça/cor/etnia, a atribuição da classificação a partir da percepção das/os profissionais, a desqualificação da informação no momento da pergunta, no âmbito das diversas instituições, são típicas expressões do racismo institucional, que por diversas vias inviabiliza o acesso em condições de igualdade aos grupos, em virtude da sua cor, raça ou etnia, nas diversas faixas etárias (2022, p. 14).

Ou seja, a partir do momento que a técnica de Psicologia pressupõe que a raça da mulher é negra, sem perguntá-la, ela acaba retirando a autonomia da mulher em se autodeclarar, o que é um direito. Além disso, ao supor que haveria dúvidas se a pergunta fosse feita, o fato de não a fazer inviabiliza um diálogo sobre as relações étnico-raciais e o debate da desigualdade racial no Brasil, que remete ao período da escravidão.

Já no que diz respeito a pergunta sobre orientação sexual, é importante destacar que há uma Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836/2011 que “tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais” (BRASIL, 2013). Além da qualificação do atendimento adequado à população LGBT, uma das ações propostas por essa Política é o “aperfeiçoamento dos instrumentos de vigilância em saúde, inserindo os quesitos orientação sexual e identidade de gênero e o desenvolvimento de estratégias para qualificar a informação em saúde, no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos” (Idem).

Assim, apesar dessa informação não ser obrigatória para o preenchimento, ou seja, as pessoas tem direito em não responder, é sempre recomendável perguntar sobre a identidade de gênero e a orientação sexual, pois esses dados desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde equitativos. É essencial que se faça essa pergunta de maneira adequada e livre de preconceitos por parte dos profissionais de saúde, não pressupondo a heterossexualidade. Além disso, é um direito das usuárias responderem e terem suas necessidades específicas de saúde respeitadas, especialmente no que diz respeito aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, que não devem se limitar apenas à atenção materno-infantil para mulheres que se relacionam com outras mulheres.

Quando pergunto à técnica sobre casos que ela considera exitosos, ela responde que são aqueles em que há o retorno ao convívio familiar, e dá um exemplo de uma mulher que quando deu entrada no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas estava gestante, em situação de rua e fazia uso de substâncias psicoativas, e começou a reatar os vínculos com os familiares, todos os finais de semana ia para a casa de sua mãe. Em uma dessas idas, iniciou seu trabalho de parto na estação de metrô, sendo levada para uma maternidade, acompanhada pela mãe. Saindo de lá, após o período de internação, não retornou mais ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. A técnica acrescenta que durante seu período no serviço, a mulher falava em uma internação em um Clínica de Recuperação para interromper o uso de substâncias psicoativas, isso já vinha sendo discutido com a sua mãe, inclusive a possibilidade de ela ficar com uma guarda provisória enquanto a mulher estivesse internada na Clínica. A técnica não soube informar com precisão se após a alta da maternidade a mulher foi direto para a Clínica ou para a casa de sua mãe, juntamente com o recém-nascido.

Pergunto se ela já acompanhou alguma mulher que saiu de lá direto para uma moradia autônoma, sem ser para casa de familiares, que conseguiu se inserir no mercado de trabalho e alugou um espaço para si e seu recém-nascido. Ela diz que dificilmente isso acontece com mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas, mas ocorre muito entre as angolanas, as quais ela enfatiza que não faz uso de SPAs, pois, na sua visão, são muito proativas, devido a questão da imigração, realmente tem interesse em mudar de vida, não dependem de companheiro e de familiares. Conseguem se inserir no mercado de trabalho através da costura e, principalmente, como cabeleireiras, como trancistas, pois na sua percepção, as angolanas são “trancistas naturais”, tanto é que uma das perguntas que ela faz a angolana que foi acolhida foi justamente “Você sabe fazer tranças?”. Com relação a esse aspecto da proatividade das angolanas, Novaes traz o trecho de uma entrevista com um pesquisador no qual ele diz

Eu entendo como uma questão que é própria da mulher angolana, isso é próprio dela, é uma característica da mulher, que é essa questão mesmo de se organizar. Ela não fica esperando, ela corre atrás, isso é muito interessante, é muito lindo nelas. A mulher angolana é uma mulher de luta, ela é de fibra, e se ela decidiu vir para cá, ela decidiu assumindo correr todos os riscos possíveis e imagináveis (C.L., 07/05/2018 apud NOVAES, 2021, p. 109).

Já uma técnica de Serviço Social que atuou por 9 anos no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, refletiu que o fortalecimento das mulheres angolanas está atrelado a um senso de comunidade. Então quando há a saída delas do serviço, normalmente é porque

vão dividir a casa com algum outro refugiado nas comunidades nas quais eles se inserem. De acordo com Andrade, refletindo sobre as redes sociais⁹ que servem de ligação entre o país de origem e o de destino, “chegando ao destino, as redes são acionadas a fim de se conseguir moradia e arranjar emprego” (2017, p. 135). “Os primeiros tempos são difíceis e ter acesso ao apoio que as redes sociais podem acionar é fundamental para os recém-chegados” (ASSIS, 2007, p. 761 apud ANDRADE, 2017, p. 135). Até quando procuravam o serviço, a técnica cita situações de que a mulher chegava no portão dizendo que “fulano tinha dito que era pra ir pra lá que era muito bom” (sic) e então a técnica tinha que explicar que existia um fluxo, até então, via CREAS, para liberação da vaga.

Sobre esse aspecto, durante as entrevistas, Novaes identificou que as mulheres angolanas percorreram caminhos semelhantes relacionados aos meios de regularização migratória no Brasil, pois “todas estavam documentadas, migraram para o país com visto de turismo e, assim que chegaram a São Paulo, buscaram instituições da sociedade civil e solicitaram refúgio na Polícia Federal” (2021, p. 105) e conclui que há “uma rede de informações que guia a mulher angolana no Brasil quando da sua chegada e possivelmente em Angola antes de emigrar” (2021, p. 106).

A técnica de psicologia informa que realmente o que a impacta durante os atendimentos as mulheres é a questão da maternidade, de como elas são protagonistas, tem o desejo de mudar suas vidas. Além disso, valoriza muito a estrutura que o serviço fornece para essas mulheres, como o espaço, a alimentação que é balanceada e a viabilização dos acompanhamentos de saúde.

A técnica cita uma situação a qual ela ficou muito feliz que foi quando uma mulher de origem africana imigrante que estava acolhida no serviço deu a luz seu recém-nascido no hospital e seu esposo, que até então estava no país de origem, resolveu vir ao Brasil de última hora e chegou a tempo de ver o parto e registrar o recém-nascido, pois a técnica informa que isso é muito difícil de acontecer entre as imigrantes, normalmente elas registram seus filhos sozinhas e, posteriormente é que há a possibilidade de inserção do nome do pai na Certidão de Nascimento. Acrescenta que atualmente o companheiro está em outro Centro de Acolhida e eles tem como planos ficarem juntos em breve. Na visão da técnica, o ideal é que a mulher

⁹ “Rede social ‘consiste no conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que estão conectadas por algum tipo de relação. Uma rede social, em virtude do processo em torno do qual ela se organiza, pode abrigar várias redes sociais’ (SOARES, 2003, p. 241). Uma rede social é, portanto, formada por relações sociais nas quais os atores podem ser de natureza diversa (por exemplo, conexões entre um sujeito e uma organização privada ou uma organização pública, ou um outro conjunto de sujeitos, etc.)” (ANDRADE, 2017, p. 134-135).

permaneça no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas até se estruturarem, pois não há outro Centro de Acolhida que tem a estrutura que o serviço tem para a mãe e o bebê.

Pergunto um pouco sobre as atividades existentes no serviço, e a técnica informa que há uma atividade em grupo uma vez por semana, intitulada “Flores a Ser” realizada por psicanalistas, na qual são abordados temas variados. Também há uma atividade da “Pastoral da Sobriedade” feita por psicólogas, que trabalham a questão dos 12 passos, ligados a dependência. A técnica ressalta que não é voltado somente para a dependência de álcool e outras drogas, mas também a outros tipos de dependências, vícios. No site da instituição há a seguinte descrição “A Pastoral da Sobriedade é a ação concreta da Igreja na Prevenção e Recuperação da Dependência Química. Buscamos a Integração entre todas as Pastorais, Movimentos, Comunidades Terapêuticas Parceiras e Casas de Recuperação” (PASTORAL DA SOBRIEDADE, 2023). Além disso, tem como objetivo “através da pedagogia de Jesus-Libertador, resgatar e reinserir os excluídos, propondo uma mudança de vida através da conversão” (Idem). Além dessas atividades, há uma psicóloga individual que vai até o serviço e procura abordar individualmente cada mulher e, se necessário, realiza um atendimento. Com relação aos cursos de formação para o mercado de trabalho, há os de Cabeleireiro, Corte/Costura e Informática, estando de férias entre janeiro e fevereiro, com previsão para ser retomados em breve.

Com relação a inserção no mercado de trabalho dessas mulheres, a técnica de Serviço Social que trabalhou no serviço informou que a preocupação maior da equipe é que a mulher pudesse se dedicar exclusivamente ao período de amamentação, cuidados com o bebê, até porque o período de estadia na unidade é limitado (6 meses), não tem como trabalhar a questão da empregabilidade até por conta que a mulher acabou de dar a luz, está amamentando, até retornar suas atividades, muitas empresas não aceitam. No entanto, procuram preparar através de cursos como moda, maquiagem, aulas de português, curso de inglês, para que quando saísse do serviço, seja para a casa de familiares, ou para outro Centro de Acolhida, fosse munida de recursos, pensando na profissionalização. Acrescenta que encaminhava para conseguir os benefícios de transferência de renda, acompanhamento de CRAS.

Também tive a oportunidade de conversar com uma Assistente Técnica, que por muito tempo desenvolveu a função de Orientadora Socioeducativa, inclusive no ano passado quando iniciei o processo da pesquisa ela exercia essa função. Perguntei a ela sobre o que considera mais relevante de anotar nos registros diários sobre as mulheres e ela rapidamente respondeu que registra aquilo que vê como “comportamento estranho”, algo que sugere que a mulher tem alguma questão de saúde mental. Além disso registra brigas, conflitos. Disse que a Orientadora

Socioeducativa “precisa desenvolver um feeling do que é importante e do que não é”. Considera como critérios de modo geral: conflitos; comportamento de saúde mental, citou como exemplo, questões de automutilação, que pode ser observado pela Orientadora Socioeducativa; o sono, que na sua visão também está muito relacionado a questão da saúde mental, pois já teve caso de uma mulher que estava três dias sem dormir e, logo em seguida, surtou, então é importante estar atento a isso para sinalizar a equipe técnica e ter alguma intervenção, como encaminhamento para o CAPS/CAISM; e, por último, cita a questão da organização, aquelas mulheres que não tem parâmetro de organização. Acrescenta que há mulheres que não há nada relatado sobre elas. Possivelmente, aquelas que estão desenvolvendo de forma certa suas atribuições enquanto mães.

A ex-Orientadora Socioeducativa vê a maternidade como uma chave, algo que motiva as mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas a interromper o uso ou a procurar tratamento para esse uso a fim de poder ter condições de cuidar do bebê. Na mesma linha, Irmã Anita diz que “esses filhos é que dão força para elas. Elas vão sentindo que tem um futuro, que há uma luz no caminho” (MAGINI, 2010, p. 104). Já tem outras mulheres que ela considera como “bipolar”, às vezes fala que quer ser mãe, em outros momentos já não quer e, assim, não interrompem o uso. Há outras que não falam sobre o uso, mas as funcionárias percebem que essas mulheres ainda fazem o uso, principalmente quando a mulher apresenta saídas frequentes, pois na visão dessa funcionária, a mulher só sai do serviço por dois motivos: questão familiar, ir para casa de algum familiar e, quando não é isso, “deve ser para usar droga”, pois “por que elas querem sair de um lugar que tem tudo para elas? Cama, alimentação, às vezes usa uma desculpa de que vai dormir em um hotel para espairecer, mas a gente sabe que não é isso”. Em sua percepção, a questão da saúde mental é muito mais visível e fácil de trabalhar, pois se percebe alguma alteração, chama o SAMU, direciona para atendimento no CAPS ou CAISM, agora a questão da “dependência química” é muito subjetiva, pois tem a ver com o desejo, e a mulher pode continuar negando mesmo fazendo o uso.

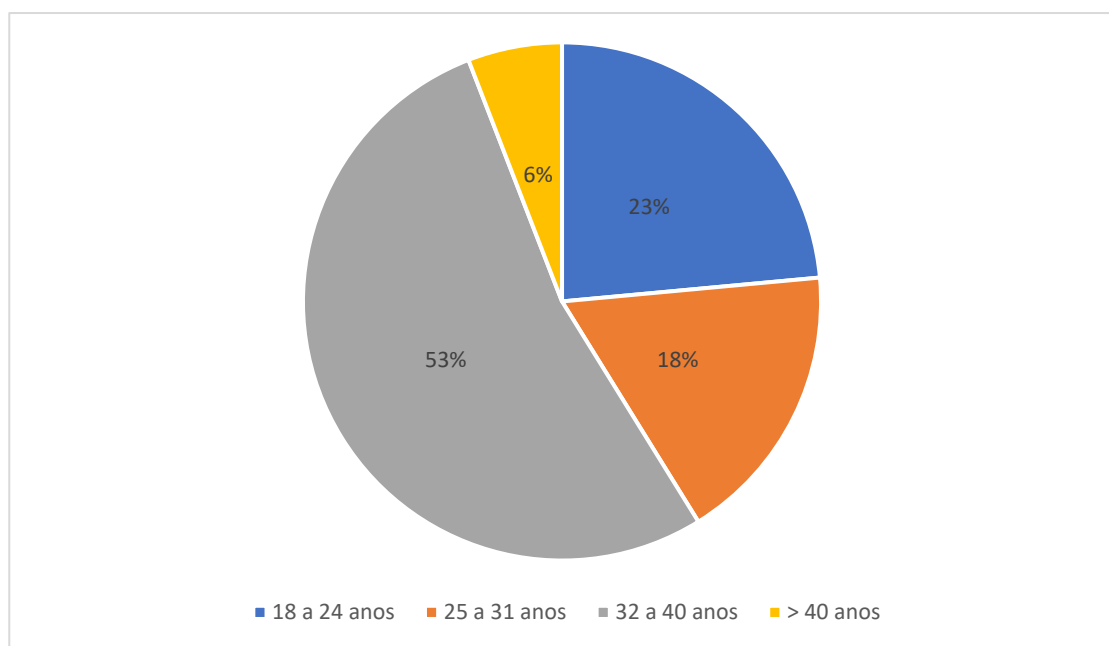
2.4 Perfil das mulheres

Ao analisar os 17 prontuários, conseguimos verificar as principais informações que dizem respeito a como essas mulheres são identificadas dentro do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Assim, aparece como informações relevantes na Ficha de Acolhimento, características identitárias como nome, nome dos pais, data de nascimento, idade,

raça declarada, naturalidade, nacionalidade, orientação sexual, grau de instrução, estado civil e profissão.

No que se refere a idade dessas mulheres, foi constatado que a média é 30 anos, das quais a mais nova com 18 anos, e a mais velha com 42 anos. Em suma, foi identificado 4 mulheres entre 18 a 24 anos; 3 mulheres entre 25 a 31 anos; 9 mulheres entre 32 a 40 anos, e uma mulher acima de 40 anos.

Gráfico 1 – Idade

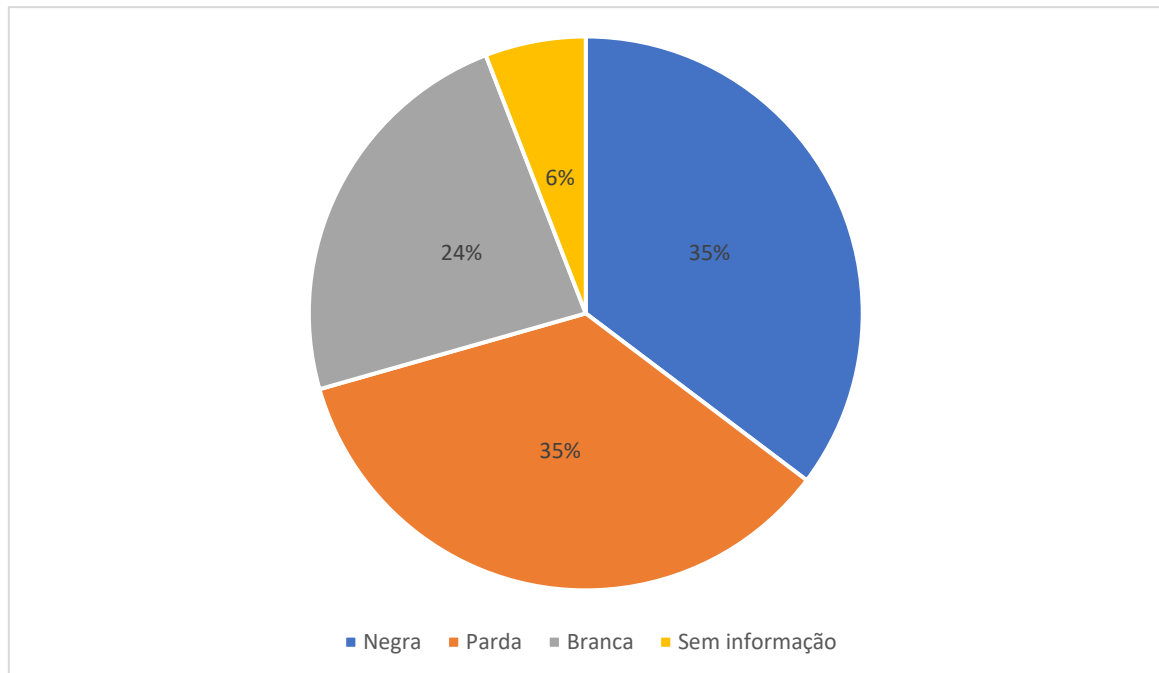


Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Com relação ao quesito raça declarada¹⁰, há a prevalência de 6 mulheres que se identificaram como negras¹¹, 6 mulheres identificaram-se como pardas, 4 mulheres identificaram-se como brancas e há um prontuário que esse campo não está preenchido.

¹⁰ Cabe ressaltar que não dá para afirmar que esse quesito foi preenchido com base no que as mulheres se autodeclararam ou preenchido através da visualização das técnicas com base na sua concepção racial e étnica.

¹¹ Importante destacar como a ficha de acolhimento do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas não está de acordo com as categorias do IBGE, na medida em que não consta a cor “preta” e, sim, a raça “negra”. Ao perguntar o porquê da adoção dessa terminologia para as técnicas de Psicologia e Serviço Social, ambas informaram que quando chegaram ao serviço já estava assim e que precisava consultar qual desses termos a SMADS recomendava o uso. Ao entrar em contato com o Comitê de Pesquisa da SMADS, a funcionária acredita que deixaram essa categoria por falta de atualização da equipe, mas que passaria essa constatação ao setor responsável a fim de possível alteração na ficha de acolhimento. Não sabemos por qual motivo a instituição optou por não colocar a cor “preta”, no entanto, o *Guia de orientações para o preenchimento do quesito raça/cor/etnia*, sinaliza que se houver uma reação inadequada pelos indivíduos, argumentando que não são pretos ou pardos e sim

Gráfico 2 – Raça declarada

Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Ao somar as mulheres que se identificaram como negras e pardas¹², temos o total de 12 mulheres (70%). Diante desses dados, percebe-se que a maior parte das mulheres que deram entrada na instituição são negras.

Esse dado revela uma especificidade da formação das classes no Brasil, por tratar-se de uma sociedade com uma herança colonial e escravista, tendo o patriarcado e a opressão das mulheres como um dos pilares. O processo de colonização com os negros e indígenas no país foi feito através da violência, da estigmatização e da intensa desapropriação.

Segundo Passos,

desde o regime escravista ocorre o sequestro das crianças de mulheres negras, os estupros, a prostituição, a reprodução involuntária para

negros, é importante concordar com o indivíduo e explicar que não existe a categoria negra, porém, de acordo com a metodologia do IBGE, as opções de cor para os indivíduos pertencentes à população negra são pretas ou pardas (BRASIL, 2021, p. 9).

¹² “O IBGE trabalha então com o que se chama de ‘quesito cor’, ou seja, ‘a cor da pele’, conforme as seguintes categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Indígena, teoricamente, cabe em amarelos (populações de origem asiática, historicamente catalogados como de cor amarela), todavia, no caso brasileiro, dada a história de dizimação dos povos indígenas, é essencial saber a dinâmica demográfica deles. Um outro dado que merece destaque é que a população negra, para a demografia, é o somatório de preto + pardo. Cabe ressaltar, no entanto, que preto é cor e negro é raça. Não há ‘cor negra’, como muito se ouve. Há cor preta” (OLIVEIRA, 2004, p. 58).

manutenção da força de trabalho escravizada, a maternagem imposta (criação das crianças brancas); tudo isso marca a composição da formação social brasileira e, ainda hoje, se faz presente nas relações sociais (2020, p. 119).

Além disso, após a abolição da escravatura, não houve nenhuma política compensatória para esse povo, que ficou em desvantagem em relação aos brancos.

De acordo com Almeida (2017, p. 43), o trabalho escravo que a população negra vivenciou no Brasil por mais de 350 anos foi degradante, que não permitia nem o descanso. Durante o império, todas as atividades laborais manuais eram destinadas as pessoas escravizadas. Após a abolição, essa situação não se altera, onde com o suporte do racismo, os trabalhadores negros são submetidos à postos de trabalho hiperdesqualificados, forjados pelas classes dominantes, que refletem as condições de trabalho do período anterior. Na mesma linha, Motta aponta que mesmo com a abolição da escravidão, a população negra não teve nenhuma política de compensação e inserção nas possibilidades de emprego que surgiram. Por isso, pode-se dizer que

a formação da sociedade de classes no Brasil é também a marginalização de grande parte da população brasileira e a naturalização de uma situação de subemprego e precariedade que envolve a permanência do estigma com a questão racial (2018, p. 76).

Como aponta Almeida “os estudos estatísticos tem constatado que há um fosso entre a população negra e a população branca, em termos de acesso e oportunidades” (2014, p. 133). Sendo assim, com relação ao mercado de trabalho, são os negros que ocupam a maior parte dos trabalhos com menos prestígio social; em relação ao analfabetismo, os negros possuem taxas mais altas do que os brancos; são os negros que utilizam mais o Sistema Único de Saúde (SUS); as prisões são ocupadas majoritariamente por negros; em relação a homicídio, são os negros que estão morrendo mais e a taxa não para de crescer, enquanto que entre os brancos esses assassinatos vem reduzindo.

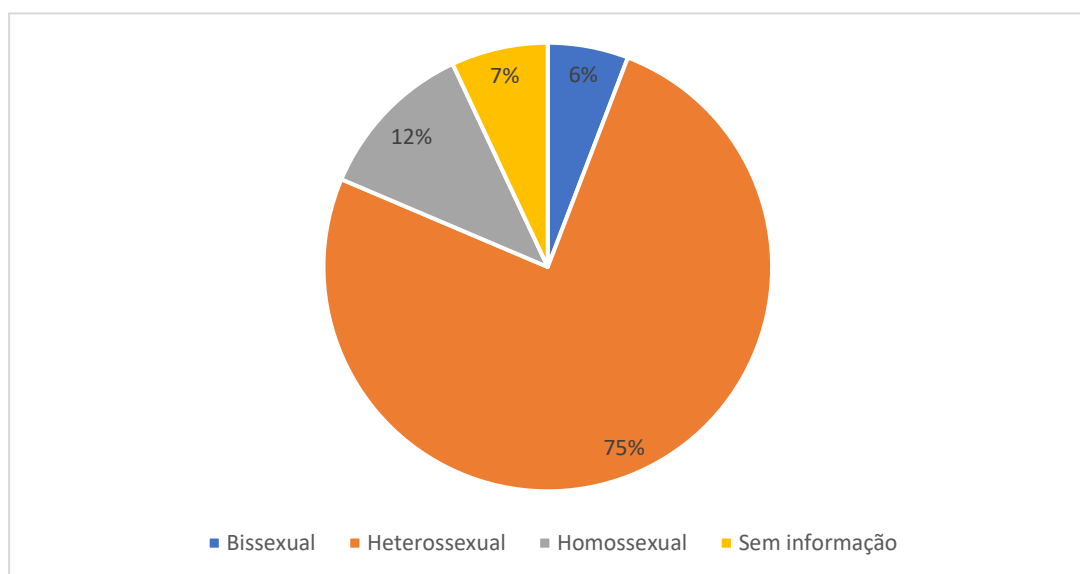
Entendemos que as discriminações e desigualdades de raça, gênero e classe geram um impacto no acesso à saúde e no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos¹³. Assim, para as

¹³ Os direitos reprodutivos foram definidos no parágrafo 7.3 do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994 como aqueles que “[...] se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre

mulheres tomarem decisões sobre seus corpos, sexualidade e reprodução, necessitam ter acesso a recursos materiais, sociais e políticos que estão distribuídos de forma desigual em nossa sociedade. Segundo Leal et al (2017) as mulheres pretas são as que mais sofrem com pré-natal inadequado, ausência de acompanhante e de receber menos orientações sobre o trabalho de parto e possíveis complicações na gravidez. Além disso, de acordo com Martins et al (2017) a maioria das mulheres que morrem por aborto são pobres, pretas ou pardas e com baixa escolaridade. Já com relação ao acesso ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, vemos como são as mulheres negras que mais dão entrada no serviço.

Em relação a orientação sexual, constatamos que há 2 mulheres que se declararam como homossexuais, 1 declarou-se como bissexual, 13 se declararam como heterossexuais e em 1 prontuário essa informação não está preenchida.

Gráfico 3 – Orientação sexual



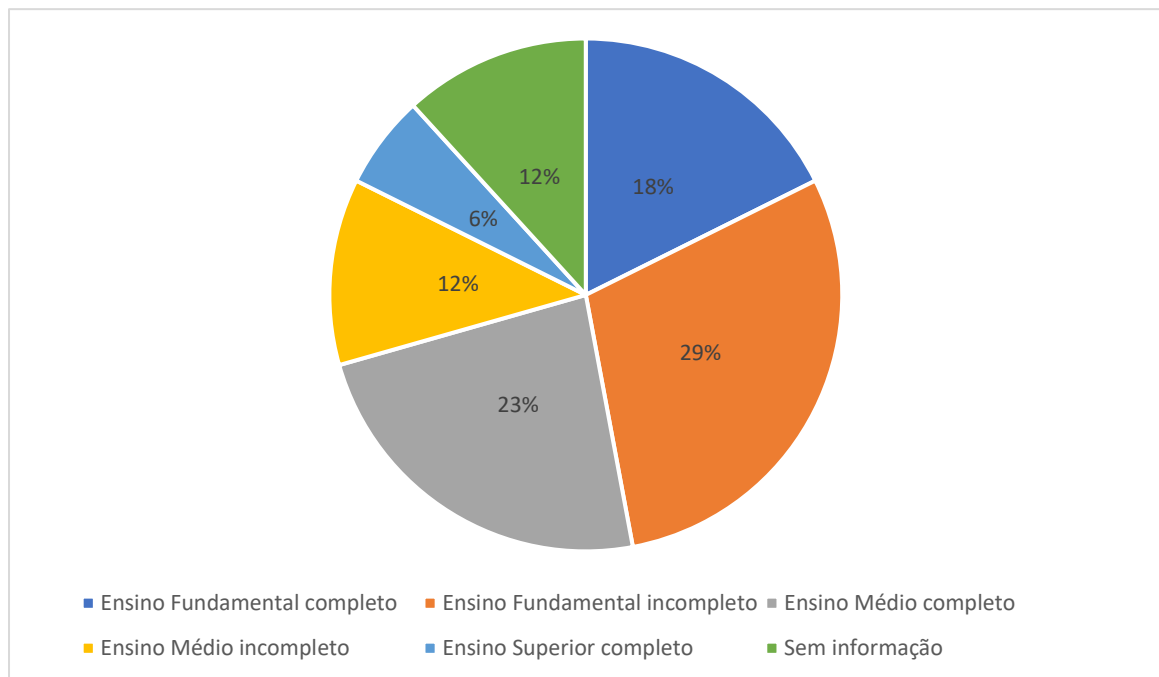
Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Desses prontuários, em relação a nacionalidade, há apenas uma proveniente da Bolívia, as demais são brasileiras.

a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos” (ONU, 1994, parágrafo 7.3 apud MATTAR; DINIZ, 2012, p.110).

No que se refere ao grau de instrução, constatamos que há 3 mulheres com o Ensino Fundamental completo, 5 mulheres com Ensino Fundamental incompleto, 4 mulheres com Ensino Médio completo, 2 mulheres com Ensino Médio incompleto e 1 mulher com Ensino Superior completo, há dois prontuários que essa informação não aparece.

Gráfico 4 - Escolaridade



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

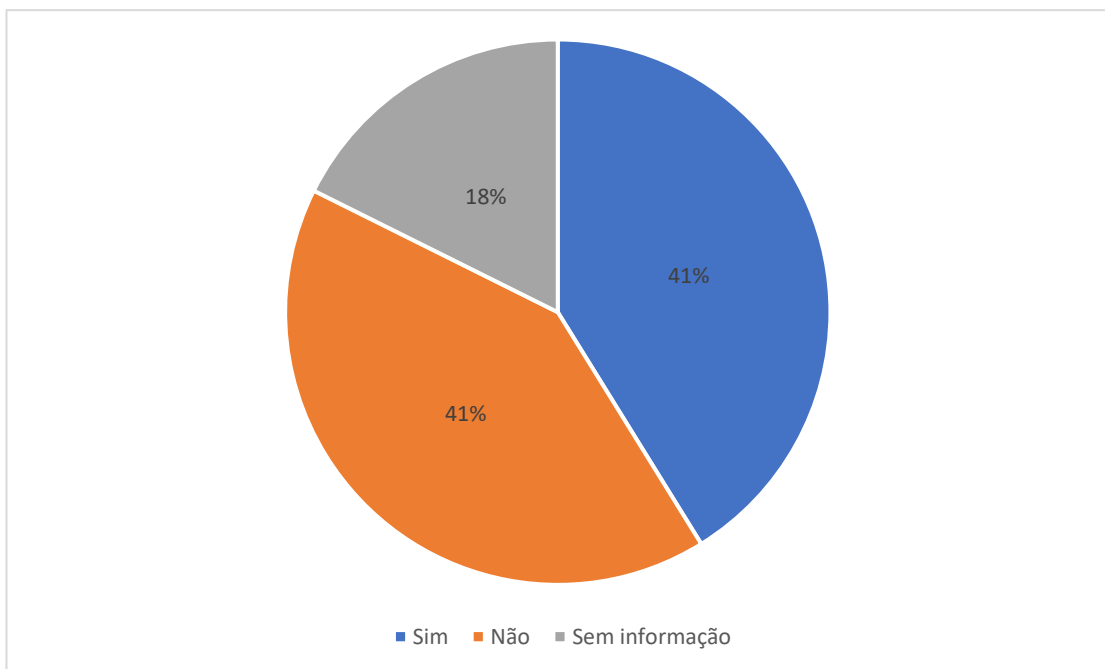
Ao analisar o campo que diz sobre a profissão dessas mulheres, há o registro em 9 prontuários, sendo elas: Ana (Telemarketing), Bruna (monitora de buffet – informal e atendente de balcão), Érica (Garota de programa), Fernanda (Atendente de caixa), Valéria (Doméstica), Isabel (Diarista), Sandra (Auxiliar de Limpeza), Soraia (Costureira) e Tereza (Secretária, Ajudante de cozinha e Vendedora).

Além dessas características identitárias, há aquelas que o próprio serviço, devido ao seu caráter, julga como necessário para a identificação dessas mulheres, os quais vamos nos deter a partir de agora:

Ao analisar os prontuários, identificamos que há 7 prontuários de mulheres que consta a informação que são “dependentes químicas” sendo em sua maior parte de álcool, cocaína, crack e maconha. Há 7 prontuários de mulheres em que há o registro que a mulher nega que são “dependentes químicas”, sendo que em dois deles, o prontuário de Sofia (42 anos), há a

informação de que ela fez uso de Crack desde os 18 anos, porém está abstinente há 12 anos, e o prontuário de Tereza (33 anos), que consta uso esporádico de maconha dos 14 aos 27 anos. Além disso, há 3 prontuários onde esse campo não está preenchido. Importante ressaltar que atualmente na Ficha de Acolhimento, o termo “Dependente Química” foi substituído por “Faz uso de Substâncias Psicoativas”.

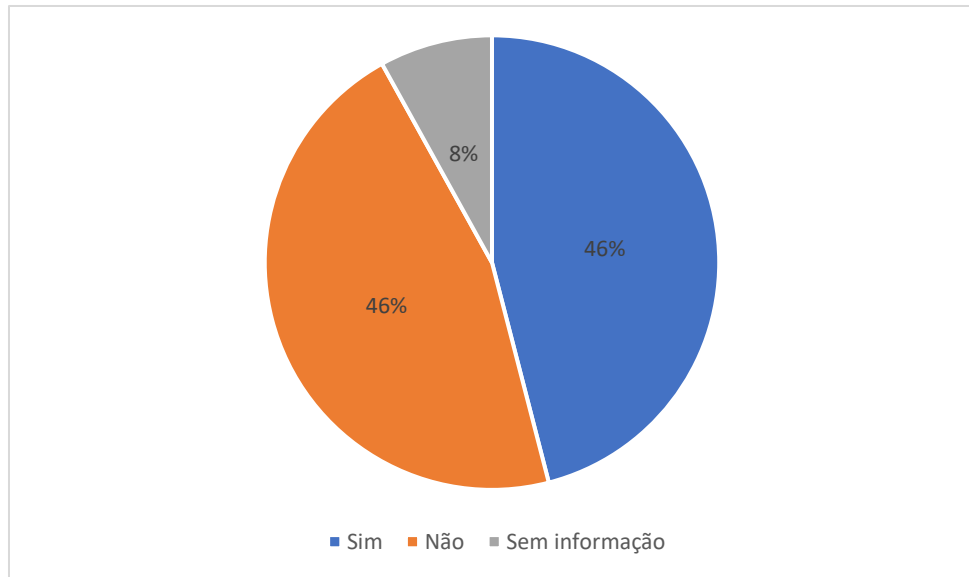
Gráfico 5 – Dependente química



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

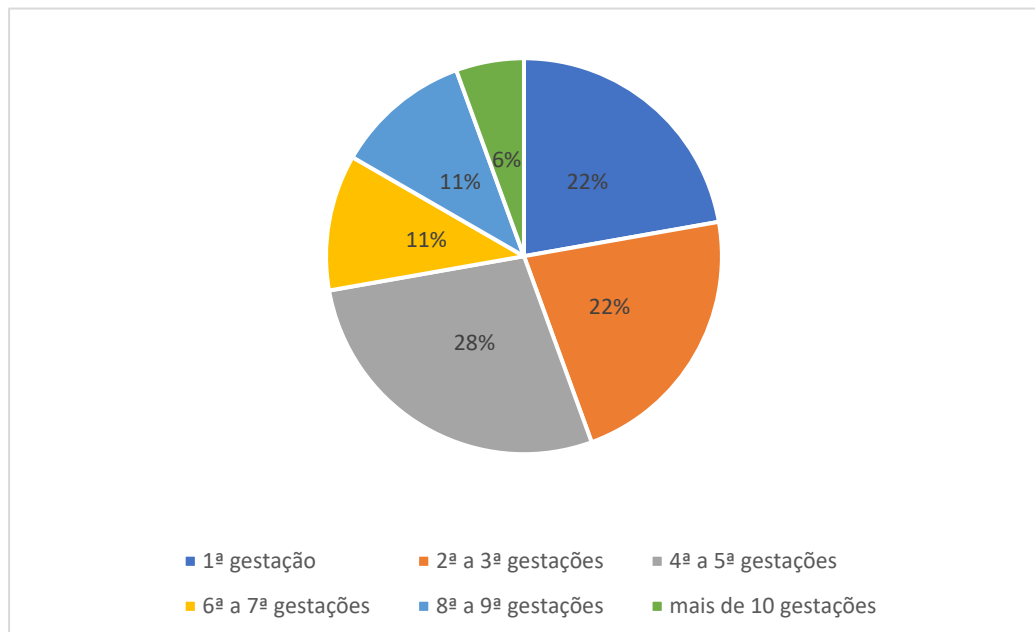
Podemos pensar que a existência de um campo na Ficha de Acolhimento relacionado ao uso de substâncias psicoativas demonstra a relevância que os profissionais do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas dão a essa informação e, de certa forma, inferem que a maior parte das mulheres que procuram o serviço fazem esse uso ou já fizeram em algum momento das suas vidas.

Em 8 prontuários foi possível identificar que as mulheres informaram ser fumantes, 8 não são fumantes e em um prontuário não foi possível obter esse dado.

Gráfico 6 – Fumante

Fonte: Elaborada pela autora, 2022

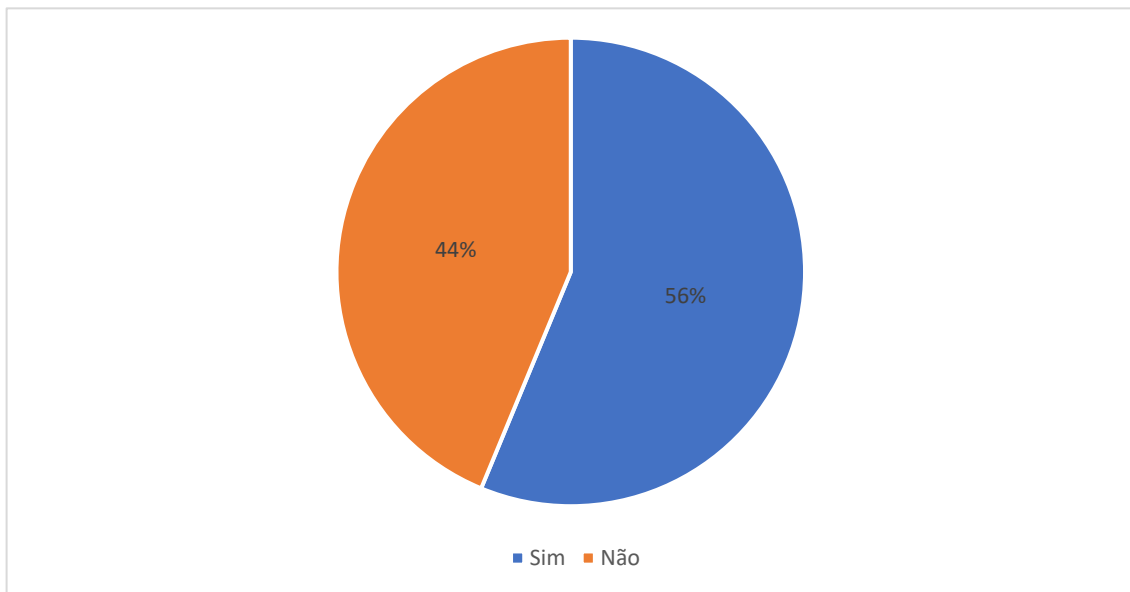
Também há um campo na Ficha de Acolhimento onde consta informação sobre o histórico gestacional dessas mulheres. Ao analisar os prontuários, identificamos que há 4 prontuários de mulheres que estão em sua primeira gestação, e 13 mulheres com mais de uma gestação.

Gráfico 7 – Histórico Gestacional

Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Ao analisar o campo em que há a informação se a mulher possui algum transtorno mental e, se sim, qual o diagnóstico, foi possível levantar que em 10 prontuários constava que a mulher tinha algum diagnóstico relacionado a saúde mental, e em 7 prontuários esse diagnóstico foi negado.

Gráfico 8 – Transtorno mental



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

No entanto, é importante destacar que no prontuário de Larissa, em que há a negação de transtorno mental na Ficha de Acolhimento, consta que a técnica do Serviço Social do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas entrou em contato com assistente social do CAPS AD que “mencionou que a gestante já faz acompanhamento no CAPS há muitos anos, esta é a sexta gestação, os outros filhos estão sob guarda de familiares, **apresenta transtorno de personalidade**, refere ser uma pessoa difícil, não respeita as regras” (grifos meus). Já no prontuário de Soraia, logo de início, na Ficha de Acolhimento, consta que ela apresenta “Sintomas depressivos”, no entanto, no decorrer da estadia de Soraia no serviço, com relação aos sintomas depressivos, a equipe técnica avalia que “quadro parecia reativo ao processo evidenciado”. Chegou a ser encaminhada para acompanhamento psiquiátrico, onde foi indicado uso de Sertralina. Entretanto próximo ao parto ela manifestou interesse em interromper medicação, mas manteve uso até pouco depois do parto, quando ela decidiu juntamente com a médica pela suspensão do tratamento medicamentoso. Também há o prontuário de Isabel, em que há a negação de algum tipo de transtorno mental, no entanto, há registro da psicóloga

relatando que Isabel solicitou encaminhamento para psiquiatra justificando que “vem percebendo sintomas depressivos, bem como insônia. Traz entristecimento pela situação em relação aos filhos, que estão sob os cuidados da avó paterna, o qual limita seu contato a eles”.

2.5 Mitos do amor materno nos prontuários

Ao realizar a leitura dos prontuários das mulheres que deram entrada no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, é possível perceber em alguns registros como a maternidade é vista pelas profissionais como um evento que vai desencadear mudanças na vida da mulher, como por exemplo nos trechos a seguir

[...] a partir da análise da organização familiar, entende-se que o nascimento de Vinícius é um **evento com potencial para reestruturar as relações, dando-lhe novos significados**, tendo em vista que são revistos os papéis e implicações de cada membro [...]. No que diz respeito a Cleide, acredita-se que **a maternidade implica na ampliação de repertório, bem como caracteriza período de adaptação e elaboração de novos projetos** (Grifos meus). (Cleide)

Um abrigo por tempo mais prolongado em ambiente de cuidados, apoio, atendimentos multiprofissionais, **neste momento propício de puerpério e reflexão, em que está em ligação intensa com o filho, tem grande potencial para que outros rumos possam ser vivenciados**. Entendo que este momento represente uma oportunidade para que façamos encaminhamentos que encorajem e potencializem seus desejos de mudança, levando-a a responsabilizar-se por si e pelo filho, mostrando-a que é digna de um voto de confiança (Grifos meus). (Daniela)

Outrossim, há alguns trechos que demonstram como as próprias mulheres veem a maternidade como um evento que desencadeará mudanças em suas vidas, como está exposto no registro da psicóloga que desde o primeiro atendimento a Daniela no hospital ela

fala sobre sua dor por sentir-se culpada por prejuízos de saúde ao seu bebê, afirma sobre **a falta de amor por ele durante a gestação, que chegou a pensar em doá-lo, mas que com a experiência de quase ter morrido na cesárea (a paciente perdeu muito sangue, precisou de diversas transfusões), e com a possibilidade de ver seu filho, seus pensamentos e sentimentos por ele e por sua própria vida sofreram uma transformação que vem lhe dando esperança e desejo de cuidar-se e cuidar do filho** [...] Tem falado também no seu desejo de

“resgatar” seus outros filhos, para que possam no futuro estar todos juntos (Grifos meus). (Daniela)

Já no documento escrito de próprio punho por Cleide, em determinado momento, ela fala sobre o genitor do bebê e sobre como acredita que sua vida “mudará da água pro vinho” com o advento de seu filho:

Enfim fiquei na Crako por 9 anos, passei o pão que o diabo amassou¹⁴ acabei **conhecendo um rapaz de bom coração virou um grande amigo sempre tive vontade de ter um filho, aí um belo dia chamei esse rapaz pra conversar sobre eu ter um filho Como eu tinha muita amizade com ele perguntei se ele gostaria de me dar esse filho pra ele foi normal, pois ele é homem e eu mulher ele disse sim e hoje estou aqui grávida do Vinicius** graças a Deus espero e pesso a Deus que **pelo meu filho minha vida mudará da água pro vinho** só tenho também a agradecer a esse jovem pois por ele terei meu filho e nada e ninguém tira-ra meu filho de perto de mim **Se essa criança era tudo que eu queria ao ponto de tirar minha virgindade, por que não fazer tudo por ele** Vinicius Para Sempre (Grifos meus). (Cleide)

Também foi possível localizar em alguns prontuários, como a mulher não tinha interesse em exercer o papel da maternidade que lhe é outorgado socialmente e como há mitos do amor materno que estão introjetados na própria atuação profissional, como no prontuário de Valéria, expresso quando a mulher manifesta a intenção de não ficar com o bebê e ela é orientada pela profissional “a não tomar nenhuma atitude precipitada”

Em relação a maternidade “**Traz dúvida sobre a entrega do filho [...] tem vontade de sumir e deixar o RN [...]** Informa que seus familiares não sabem da gestação, nem os filhos, sogra e pai e não sabe se eles irão aceitar a atual gestação” (Grifos meus). (Sandra)

Valéria desabafou com a orientadora, **a intensão de não ficar com o RN** assim que ele nascer disse que o pai da criança está inventando que esta criança que irá nascer não é dele, e pediu um teste de DNA e isso abalou emocionalmente ela; **Valéria foi orientada a não tomar nenhuma atitude precipitada** e sim conversar com a equipe técnica (Grifos meus). (Valéria)

¹⁴ Silva e Adorno ao analisar as narrativas de usos e controles de drogas consideradas ilícitas constatam que “o espaço de uso público do crack, no centro da cidade de São Paulo, se constitui em terreno fértil para as explicações/ressignificações místicas das trajetórias dos sujeitos. Lá, os próprios usuários denominam o local, de acordo com suas convicções/crenças religiosas, como ‘Inferno’, ‘local de provação’, ‘local pesado onde os gatos não conseguem sobreviver’” (2017, p. 89).

Além disso, há um outro registro da Orientadora Socioeducativa próximo ao dia do parto, em que há a informação de que Valéria

Passou mal durante o café da manhã, com fortes dores abaixo da barriga e perda de sangue. A OS ofereceu levá-la de cadeira de rodas mas a mesma se recusou disse: que conseguiria ir andando. Ainda a mesma antes de ir ao HAM se despediu da OS e de outras conviventes, e, agradeceu por tudo e, quando questionada o porque estava se despedindo disse: que depois que desse a luz iria ficar os 2 dias no hospital e de lá iria embora, a mesma **foi orientada a não fazer nada precipitado antes conversar com a equipe técnica.**

2.6 Relações institucionais e com demais conviventes

Nesse item vamos abordar através dos registros das Orientadoras Socioeducativas e das técnicas como são as relações das mulheres que estiveram acolhidas com a instituição e com as outras mulheres que estavam acolhidas no serviço.

Em alguns registros pode-se constatar como há uma intensa preocupação das profissionais com os cuidados oferecidos aos recém-nascidos por parte das mulheres que estão acolhidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. No prontuário de Bruna, há registro da Orientadora Socioeducativa de que Bruna “relatou que foi chamada pela equipe e que foi acusada de não cuidar de seu filho, e que farão de tudo para tirar seu filho, que vai processar esse lugar”. A Orientadora Socioeducativa explica a ela que as orientações são necessárias, não só com ela, mas com todas as acolhidas. No prontuário de Fernanda, há registros das Orientadoras Socioeducativas fazendo orientações em relação aos cuidados com o recém-nascido (vigilância constante). No prontuário de Isabel, há registro da Orientadora Socioeducativa de que certa vez “Isabel estava passando roupas na lavanderia e sua RN chorando no carrinho, orientada que a prioridade é o RN ela respondeu que este lugar é palavrão, orientada que já está na casa e conhece as regras”. Também há registro de que outro dia ela estava trocando seu recém-nascido dentro do carrinho e foi orientada pela Orientadora Socioeducativa que não podia devido “o desconforto e o risco do carrinho virar, o RN bater o rosto nas partes de ferro, conforme ele levanta as pernas dele mas a mesma sem se importa muito com as orientações continuou a trocar seu RN ali no carrinho”. Foi localizado um registro em que “Isabel estava chamando seu RN de chato porque a criança estava resmungando às 05:20 foi orientada”.

Nota-se também através dos registros nos prontuários como as Orientadoras Socioeducativas desempenham um papel de vigilância constante e adequação das mulheres às

regras e normas estabelecidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, como por exemplo, nos registros das Orientadoras Socioeducativas no prontuário de Sandra, em que há relatos de que, em apenas um dia, Sandra foi questionada sobre o porquê estava no “quarto j. das estrangeiras” ao que ela respondeu que tinha ido buscar seu celular que estava com uma convivente do quarto. A Orientadora Socioeducativa finaliza esse registro relatando que “Sandra está muito respondona e de mal humor”. Também há relato de que Sandra e outras duas conviventes “estavam **com roupas inadequadas** foram orientadas, somente Sandra ignorou e não trocou”. Consta um novo registro que “a OS orientou novamente Sandra sobre **a roupa curta**, a mesma respondeu p/ a OS desistir se não ia ficar louca”. Há um outro relato no mesmo dia de que

Sandra estava na sala de TV falando alto e **vestida com um blusa fina e sem sutiã foi orientada** e respondeu que não iria trocar e viu a OS fazendo anotações e falou brava p/ retirar seu nome do caderno. A OS explicou que iria sim relatar porque sua **postura estava inadequada para este CA** e que a OS não é palhaça p/ ela ficar dando gargalhadas de deboche, e que está aqui p/ trabalhar e **orientá-las quanto as regras** [...] (Grifos meus).

Há registros de que certa vez Sandra queria ficar deitada, mas foi orientada pela Orientadora Socioeducativa de que “estava tendo atividade e não poderia ficar deitada a mesma resmungou e foi dormir na biblioteca. Foi orientada de que não podia dormir na biblioteca porque estava tendo atividade na sala ao lado”.

Já no prontuário de Paula, consta em registro das Orientadoras Socioeducativas que houve diversas orientações quanto às regras da instituição, principalmente em relação a limpeza do ambiente e higiene. Em uma dessas orientações, Paula “disse que não veio aqui p/ trabalhar”.

Interessante notar como na segunda passagem de Paula pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, ela “já não frequentava as consultas de pré-natal e outros atendimentos de saúde, saía da Instituição sem avisar e no retorno não prezava pela higiene pessoal, dos espaços e itens comuns que utilizava com demais acolhidas”, o que fez com que ela fosse desligada da instituição “por insubordinação, conflito com acolhidas, conflito com equipe de funcionários”. Cabe ressaltar que na primeira passagem de Paula pelo serviço, que será detalhada no próximo capítulo, sua recém-nascida foi tirada de seus cuidados e transferida judicialmente para o LALEC, o que nos faz pensar se esses conflitos intensos na segunda passagem foi uma forma de resistência que a mulher encontrou para enfrentar a instituição após a separação de sua recém-nascida, como há nos registros das técnicas em que ela “**acusava**

equipe de manter sua última filha na Maternidade até os dias atuais ou tê-la roubado” (Grifos meus).

Em alguns prontuários, conseguimos localizar a “Pesquisa de Satisfação do Usuário”, na qual as mulheres respondem a questões referentes ao atendimento no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, além de informar se indicariam o serviço para um familiar e/ou amiga e qual foi a maior dificuldade que encontrou depois do acolhimento. Na Pesquisa de Satisfação do Usuário realizada em 30/11/2018, Bruna pede “um pouco mais de respeito e educação em relação às conviventes”. Diz que não encontrou “nenhuma” dificuldade depois da acolhida, avalia como regular o atendimento da equipe técnica e pontua de 10 a 8 o atendimento geral. Em nova pesquisa datada de 30/01/2019, no campo “Qual foi a maior dificuldade que encontrou depois da acolhida?”, Bruna responde “Com as conviventes”. Avalia como “bom” atendimento da equipe técnica (varia de Ótimo, Bom, Regular e Ruim). Dá a nota de “7 a 5” o atendimento geral oferecido pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas.

Na Pesquisa de Satisfação de Gabriela, consta que sua maior dificuldade foi a “socialização”. Diz que indicaria o serviço para algum familiar e/ou amiga “porque este serviço nos dá plena condições de cuidarmos de nossos filhos”. Como melhoria coloca “Poderia ter mais cursos profissionalizantes ou encaminhamentos para os mesmos exp. (hotelaria, panificação, manicure, etc...)”. Já na Pesquisa de Satisfação de Fernanda, consta que em relação a maior dificuldade “não encontrei dificuldade. Me relacionei bem com as outras conviventes”. Diz que indicaria o serviço para amigas, familiares. Como melhoria coloca “Bom sou novata aqui tenho apenas uma semana e até agora não tenho de que reclamar, fui bem recepcionada e **estou sendo bem orientada**” (Grifos meus).

Na Pesquisa de Satisfação, realizada após dois meses que Daniela encontrava-se no serviço, consta que ela diz que a maior dificuldade que encontrou depois de acolhida é a “Convivência com algumas pessoas”. Diz que indicaria o serviço para um familiar porque “é um lugar ótimo que oferece mudança de vida eu entendi e sou muito grata pela oportunidade”. No campo para deixar sua opinião ou sugestão para melhoria do serviço oferecido, Daniela diz “**Não acho que tenho essa inteligência prefiro confiar nas decisões vindas das pessoas que estão apta à fazer isso**” (Grifos meus). Interessante notar como tanto na Pesquisa de Satisfação de Daniela, quanto na de Fernanda, aparece o sentimento de que elas estão recebendo “boas orientações” de “pessoas que estão aptas a fazer isso”.

No prontuário de Ana, há a Pesquisa de Satisfação do Usuário em que ela dá a nota de 10 a 8 quanto ao atendimento geral oferecido pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, avalia como ótimo o atendimento da equipe técnica, diz que indicaria o serviço

para um familiar e/ou amiga porque “é um ótimo lugar com os melhores profissionais e temos todo acolhimento que uma mãe precisa”. Além disso, acrescenta que não encontrou nenhuma dificuldade depois da acolhida. Já na Pesquisa de Satisfação de Sandra, consta que sua maior dificuldade foi “os horários”. Diz que indicaria ao serviço “porque fui bem acolhida”.

Entretanto, conseguimos captar em alguns registros das Orientadoras Socioeducativas um pouco sobre o que as mulheres pensam sobre o serviço no dia-a-dia, principalmente em relação as regras e normas. No prontuário de Daniela, há registro da técnica de que

Daniela se altera e **diz que está aqui obrigada, por falta de opção [...] reclama de descer e subir rampas para fazer complemento para seu bebê de 3 em 3 horas, que a vida dentro deste serviço é muito corrida**, que corre risco estando aqui, já que tem ladras e etc aqui dentro (Grifos meus).

As técnicas buscaram

conscientizar a puérpera sobre o projeto a ser desenvolvido no período de permanência neste Centro de Acolhida avaliando seu comportamento explosivo, agressivo sem tolerância e a importância desta mudança para que possamos trabalhar em conjunto suas demandas.

Há registro de uma Orientadora Socioeducativa que após realizar determinada orientação a Sandra de uma regra do serviço,

a mesma subiu questionando a OS **porque tantas regras e que o papel das OS é confortável só perturbando ela** e que está sendo humilhada. Foi orientada que em todo espaço de uso coletivo existe regras e que aqui todas são livres. Ela argumentou que está precisando, por isso tem que ficar aqui olhando p/ a cara de todos.

Há um relato de que

a OS ouviu a convivente **Sandra comentando com outra convivente que os funcionários deste CA todos se acham superiores**, que outro dia escutou de alguém lá de baixo que se aqui não tiver bom p/ ela que vá embora [...] dizendo que quando ouviu isso ficou muito magoada, que quando entrou no quarto chorou muito e deu vontade de tomar vários remédios (Grifos meus).

Há relato de que certa vez Sandra “estava usando fone de ouvido na Atividade Vida Diária, foi orientada e começou a xingar e disse que não aguenta mais”. Há outro relato de que

certa vez “a mesma começou a reclamar que não aguenta mais este lugar, onde todos falam em seu ouvido”, após ter sido orientada a se retirar do quarto na hora da limpeza.

É possível identificar também através dos registros das profissionais, que há conflitos entre as próprias mulheres que estão provisoriamente no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. No prontuário de Sofia, há um relatório enviado do serviço para o CREAS Vila Mariana datado de fevereiro/2020 sinalizando preocupação da equipe com a permanência de Sofia na instituição, tendo em vista que

A usuária **está constantemente envolvida em conflitos com as demais usuárias**, buscando assumir a liderança de grupos na Instituição e implicando-se em situações particulares de outras acolhidas. Assim como relatado e assinado por uma parcela significativa das demais em carta anexa, houve episódio de agressão à outra gestante. Sofia foi contida por colaboradores da Instituição, porém chegou a golpear usuária que havia tentado furtar o aparelho celular de umas das Orientadoras Socioeducativas [...] (Grifos meus).

Já no prontuário de Sandra, há registro da Orientadora Socioeducativa em 03/02/2018 de que ela relatou não estar bem devido a provocações de uma outra convivente e por isso queria ir embora. Foi orientada pela funcionária “para ter calma e ignorar as provocações, mas mesmo assim preferiu ir embora, disse que retornará na segunda-feira p/ conversar com a equipe técnica”. A Orientadora Socioeducativa finaliza dizendo que Sandra “evadiu, não quis preencher ficha de desligamento alegando que quer retornar na segunda”.

No prontuário de Bruna, há registros de confusões com outras conviventes, incluindo registro de falas de outras mulheres de que Bruna briga muito com o recém-nascido; no prontuário de Ana há registros das Orientadoras Socioeducativas de confusões envolvendo-a e outras; no prontuário de Fernanda há registros sobre conflitos com outras conviventes, relacionados a choro de outros bebês, que dificultam o sono do seu; e no prontuário de Gabriela há um registro de Boletim de Ocorrência em 11/03/2019 por ela estar sendo ameaçada de agressão física por outra convivente.

Através dos registros das profissionais, percebe-se uma dificuldade das mulheres com relação aos horários permitidos para saída do serviço e como há advertências quando ocorre atrasos. No prontuário de Larissa, há registro que em 28/10/2014 “Retorno ao CA, relata que ficou tarde no domingo para retornar acabou ficando nervosa e fez uso de cocaína, sua saída particular está suspensa por período de 30 dias”. Já no prontuário de Sandra, há um documento intitulado “Controle de saída particular” em que consta o registro de três saídas nas quais Sandra ultrapassou o horário para chegar (19h30, 22h41 e 19h15) e teve suspensão de saídas

particulares, sendo uma delas suspensão de 1 mês (até 13/02/2018). Nesse período, teve saídas apenas para AMA, consultas de Pré-Natal, duas “rápidas”, com duração de aproximadamente 40 minutos. No dia 03/02/2018 solicitou saída particular e não voltou.

No prontuário de Paula, há documento de aplicação de medida socioeducativa “em virtude do atraso apresentado na saída particular” sendo “na ocasião da próxima elaboração de escala do refeitório, a convivente deverá ser escalada por 7 dias consecutivos”. Já no prontuário de Fernanda, também há um documento de aplicação de medida socioeducativa devido ao atraso apresentado na saída particular. “Medida: Na ocasião da próxima elaboração de escala do refeitório, a convivente deverá ser escalada por 3 dias consecutivos”.

Também conseguimos localizar nos registros das profissionais envolvidas no atendimento às mulheres que estiveram acolhidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas preocupações relacionadas às mudanças comportamentais das mulheres e em como na maior parte dessas mudanças, há associação direta com quadro de saúde mental, que serão abordadas no próximo capítulo.

3 SAÚDE MENTAL E OS CUIDADOS COM OS RECÉM-NASCIDOS

Ao analisar os registros em prontuários elaborados pela equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas das mulheres que tiveram passagem pelo serviço entre 2018 a 2021, pude constatar como há uma intensa preocupação por parte da equipe centrada na saúde mental das mulheres, tendo em vista que a equipe avalia que esse fator é determinante para um exercício adequado da maternidade. Assim, percebe-se que quando há mudanças comportamentais em algumas mulheres, há associação direta com quadro de saúde mental e, conseqüentemente, encaminhamento para consulta com psiquiatra, onde, em alguns casos, ocorre a prescrição de medicamentos tendo em vista a mudança de comportamento adequada para a continuidade na instituição e permanência com seus recém-nascidos.

Analisando o campo na ficha de acolhimento em que há a informação se a mulher possui algum transtorno mental e, se sim, qual o diagnóstico, vimos no capítulo anterior que foi possível levantar que em 10 prontuários constava que a mulher tinha algum diagnóstico relacionado a saúde mental e, em 7 prontuários esse diagnóstico foi negado.

Ao falar para a técnica de psicologia e a gerente do serviço sobre minhas impressões iniciais ao ler os prontuários, em notar como havia um intenso encaminhamento para o serviço de Psiquiatria do Hospital Amparo Maternal, fui informada que atualmente esse fluxo acabou, pois não há mais Psiquiatria no referido hospital, estando este apenas disponível para partos sem risco. Acrescentaram que quando identificam alguma mulher que necessita do serviço de saúde mental, esta é encaminhada para o CAPS ou CAISM da região.

Ao conversar com uma técnica de Serviço Social que atuou no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas por 9 anos e saiu no ano passado, ela informou que essa saída da Psiquiatria se deu no início de 2020, quando se iniciou o processo de mudança de gestão do Hospital Amparo Maternal, que como vimos, em 2021 passou a ser gerido pela SPDM. Não era de interesse da atual gestão assumir o atendimento de pré-natal do Ambulatório, e nem dos serviços que eram ofertados ali, como realização de exames, a parceria com o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas e com a Psiquiatria, pois até então, segundo essa técnica, desde sua entrada no serviço, existia o Centro de Acolhida, a Maternidade e o Ambulatório da Maternidade. No Ambulatório, eram atendidas as mulheres que necessitavam de atendimento de pré-natal, incluindo as mulheres do Centro de Acolhida. Assim, a equipe técnica do Centro de Acolhida ao realizar um acolhimento de uma gestante, tinha um fluxo: Logo após o acolhimento, encaminhava a mulher para atendimento com a enfermeira responsável pelo ambulatório e nesse encaminhamento já informava alguns dados principais da

mulher, como nome, cartão do SUS, questões de saúde, até para entender se seria um pré-natal de baixo risco ou de alto risco. A técnica pontua que dependendo do acolhimento, já conseguiam levantar algumas coisas, como por exemplo, se existia histórico de uso de substâncias psicoativas, quais eram, por quanto tempo faz ou deixou de fazer o uso, além disso, identificavam se existia alguma questão relacionada a transtorno mental e, se sim, se já havia feito tratamento ou não, incluindo histórico de internação psiquiátrica.

Acrescenta que durante o acolhimento no ambulatório, a enfermeira responsável também conseguia “sentir” se seria necessário a mulher passar por uma avaliação com a psiquiatra. Dessa forma, quando entendia que havia essa necessidade, era feito o encaminhamento para a psiquiatra, que tinha uma agenda bastante flexível e conseguia atender prontamente as solicitações de avaliação. Logo após, dava um retorno para a equipe técnica sobre sua avaliação e orientações gerais, como uso ou não de medicações. Assim, iniciava-se um acompanhamento ambulatorial dessas mulheres, tanto na parte de pré-natal, quanto do psiquiátrico.

A técnica pontua que essa configuração se estendeu por muitos anos e fazia muita diferença, principalmente nos casos de mulheres que apresentavam algum surto psicótico, pois conseguiam um atendimento direto com a psiquiatra, recebiam orientações do que devia ser feito (se tinha que acionar SAMU, trocar medicação, entre outros), não tinham muito a preocupação de encaminhar para a rede, pois tinham com a psiquiatra disponível um fluxo interessante. A técnica sinaliza que quando houve a saída da psiquiatra, tiveram que retornar para a rede, com a série de dificuldades que esta apresenta, como o não atendimento, a demora para ser atendido, incluindo o tempo de espera entre o acolhimento inicial e o direcionamento para ser atendido, que pode durar dias. Assim, as mulheres vão tendo uma piora do seu quadro de saúde, “tinha que surtar para aí então ser internada e medicada” (sic). Acrescenta que mesmo fazendo interlocução com a rede, através de reuniões, ligando para um técnico de referência e falando das dificuldades que apresentava, a fim de pensarem juntos e estreitar relações, a dificuldade persistia.

Com relação a essa dificuldade da rede, exposta pela ex-técnica de Serviço Social do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, apresento abaixo a situação de Camila, que ilustra as dificuldades da equipe com a rede de saúde para o atendimento da mulher que evadiu do serviço ainda gestante após equipe tentar levá-la para um atendimento de emergência psiquiátrica.

3.1 Camila

Através da ficha de acolhimento de **Camila**, não há registro de raça, orientação sexual e grau de instrução. Há o registro da sua idade (24 anos), no campo sobre transtorno mental consta “Esquizofrenia” e que ela estava com 35 semanas da sua terceira gestação. Há a informação que ela foi encaminhada de um NPJ/CREAS da sua área de procedência em 11/09/2019. No relatório da equipe técnica da unidade, consta que a situação de Camila chegou ao CREAS de maneira espontânea pelo seu ex-companheiro, que verbalizou que Camila possui quadro importante em saúde mental e após a separação teve histórico de acolhimento em centro de acolhida e internações devido o quadro de saúde. Informa que Camila estava gestante de 35 semanas e não possui retaguarda familiar, pois estava em uma união estável há mais de 12 anos, com quem teve 2 filhos, porém após episódio de traição – está gestante do irmão de seu ex-companheiro – fora colocada para fora de casa. O ex-companheiro está em processo de regularização de guarda dos filhos; a avó materna refere que não tem condições de receber a neta pois tem suas limitações em relação ao quadro de saúde e devido inúmeros conflitos apresentam vínculo interrompido. Cabe ressaltar que a mãe de Camila é falecida. Uma conhecida da família já é responsável por uma irmã de Camila e diz não ter condições de acolhê-la. “O possível genitor do filho que Camila está gestando verbaliza impossibilidade de acolhê-la, já que é casado e sua companheira não permite, tendo em vista a situação extraconjugal”.

Há a informação de que o ex-companheiro solicitou apoio para acolhimento devido à alta hospitalar em um hospital de referência, para onde ela foi levada após passar 11 dias desaparecida e a família a encontrar. Na mesma data foi feita articulação com CREAS Vila Mariana e a vaga foi liberada no mesmo dia.

Segundo registro das Orientadoras Socioeducativas, na data que Camila entrou no serviço (11/09/2019) não fez nenhuma refeição, “estava sem reação ao ser orientada, apenas com olhar fixo, não levantou da cama para nada”; “continuava calada, com olhar longe”. Ao ser perguntada pela funcionária se queria ir embora “respondeu que seu marido viria buscar”.

Após cinco dias, há registro da Orientadora Socioeducativa de que três conviventes “estavam agitadas e com medo de ficar no quarto devido Camila ficar observando elas durante a madrugada e disse que ameaçou seus bebês. Camila ficou provocando as três durante o chá das 21:00 encarava, ria, sacudia e batia os pés”. Consta que na ocasião desse episódio, o SAMU foi acionado, porém o médico plantonista disse que estavam sem carro para a alta quantidade de demandas e não vieram socorrê-la.

Em 18/09/2019, Camila “estava bem confusa em suas falas, a mesma relatou que era dona de tudo isso aqui”. Há registro no dia anterior de que Camila desceu, ficou sentada em um banco e disse a Orientadora Socioeducativa que “estava esperando os filhos chegar, e pediu para que os seguranças abrisse a porta para os filhos entrar”.

Em 17/09/2019 a equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas enviou email ao CREAS Vila Mariana e a Supervisão de Assistência Social (SAS) relatando que

desde o dia anterior **a gestante mostra maior agitação, tendo sido chamado o SAMU para encaminhamento à serviço de saúde mental próximo, porém sem resposta até o momento.** Foram feitas diversas ligações para reforçar gravidade da situação e, tendo sido o chamado inicial fechado [...], foi aberto um novo pela psiquiatra que atende os casos do Centro de Acolhida (Grifos meus).

A técnica destaca ainda que

Camila está andando pelo prédio, tentou pegar alguns bebês de outras mulheres e ameaçou agredir funcionários e voluntários da instituição. Assim como pela manhã, foi realizado contato com a Polícia Militar através do 190, após últimos ocorridos, porém sem resposta há mais de uma hora. Reforçamos que esta recusa-se a sair da Instituição, bem como **após medicação para controle da agitação (conforme prescrição da psiquiatra) não reduziu quadro de agitação.** Considerando gravidade da situação, solicitamos orientações e auxílio para lidar com tal questão, reforçando que já está evidente a inviabilidade de permanência desta usuária no serviço (Grifos meus).

A SAS respondeu que avalia que os serviços de saúde devem ser acionados com a urgência que o caso requer. Pediu para a equipe reiterar o contato com SAMU e salientá-los que podem ser responsabilizados por negligência caso não atendam a emergência. Pediu para nestes casos a equipe evitar buscar apoio da política de segurança pública, por meio da polícia militar, pois avaliam que pode agravar o comportamento da usuária e dificultar o manejo da equipe, “tendo em vista que está explícito que o caso em tela requer intervenção urgente dos serviços de saúde”. Finaliza elencando alguns serviços com atendimento emergencial que podem ser acionados diretamente caso a equipe consiga levá-la, dentre eles, o Hospital São Paulo (HSP), que possui atendimento de Psiquiatria.

No prontuário, há relatório da psiquiatra solicitando internação, constando que a situação dela é grave e coloca em risco as outras conviventes e recém-nascidos.

Consta em registro que Camila foi levada ao HSP em 18/09/2019, porém evadiu-se enquanto aguardava atendimento médico, a técnica a procurou pelas proximidades, porém não a encontrou. Assim ela foi desvinculada do SISA e logo na sua ficha de acolhimento há a informação que Camila “não está autorizada a retornar ao CA”, inclusive no seu prontuário há documentos pessoais originais (RG, CPF, Título de eleitor e cartão do Bolsa Família).

No prontuário, há impresso de um email enviado por uma assistente social do Judiciário ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas dizendo que foi designada para atuar no processo de Camila. Queria saber se no prontuário há informações de familiares, bem como endereço e telefones. No email consta que a assistente social do Judiciário já sabe do nascimento e do nome do recém-nascido, e solicita cópia da certidão de nascimento. A equipe técnica do Centro de Acolhida responde relatando o histórico da usuária na unidade e que após passar alguns dias da saída de Camila, elas souberam de sua internação no Hospital São Paulo e acreditam que ela deu à luz. Acrescenta que não tem informações sobre o nascimento do bebê, pois ela já não estava vinculada no serviço.

Levando-se em conta o período escolhido para a elaboração da presente pesquisa (2018 a 2021), apresentarei abaixo duas situações nas quais o serviço de Psiquiatria do hospital foi acionado e como a questão da saúde mental foi determinante para a não permanência dos recém-nascidos com suas respectivas mães, após determinação judicial da Vara da Infância. Outrossim, veremos a história de uma mulher que permaneceu por um longo período na instituição (1 ano e 2 meses) e foi transferida para um outro Centro de Acolhida juntamente com seu bebê. No entanto, durante esse tempo no serviço, ao ser constatada mudanças comportamentais, foi encaminhada para atendimento psiquiátrico e medicalizada. Também será apresentada uma situação de uma gestante que optou pela entrega voluntária do recém-nascido e, devido aos “sintomas depressivos” foi encaminhada pela equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas para o serviço de Psiquiatria, onde iniciou o uso de psicofármacos.

3.2 Paula

De acordo com o que está registrado na ficha de acolhimento de **Paula**, ela é uma mulher negra, com 34 anos de idade, heterossexual, possui ensino superior completo, negou uso de substâncias psicoativas, estava na sua segunda gestação e referiu ter “depressão pós-parto”. Com relação a sua referência familiar, havia contatos telefônicos de uma irmã e de um irmão. Foi encaminhada para o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em 15/01/2019

encaminhada de um Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS). Há no prontuário um relatório da equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas enviado à Maternidade do Amparo Maternal, onde a equipe informa que fez busca ativa para localizar familiares e através das redes sociais localizaram uma irmã.

A equipe relata que em último atendimento

Paula apresentava pensamento de conteúdo delirante e persecutório e acusava os irmãos de terem inclusive matado a mãe, a qual teria falecido no início de 2018. Negava a possibilidade de reaproximação com seu pai e com os irmãos e os acusava também de estarem fazendo uso de dinheiro que a mãe havia lhe deixado de herança (Grifos meus).

No relatório há a informação de que Paula era resistente em passar informações de familiares em atendimentos. Em um atendimento feito com a irmã da paciente, ela relatou que

A irmã foi diagnosticada com Esquizofrenia aos 15 anos e que teria passado por diversas internações psiquiátricas desde então. Conta que após o nascimento do primeiro filho dela, Danilo, Paula manteve-se organizada e trabalhando, **exercendo de forma responsável os cuidados da criança** com suporte de seus genitores com os quais morava na época. Quando sua mãe começou a adoecer, a referida começou a mostrar sinais de desorganização mental, passando por períodos em situação de rua com o filho e também sozinha. Neste momento, a família entrevistou e solicitou que o pai de Danilo assumisse os cuidados pelo infante (Grifos meus).

As técnicas informam no relatório que seria agendada uma reunião com os irmãos de Paula para discutirem “a possibilidade de assumirem os cuidados sobre o filho de Paula”. Acrescentam que “a situação foi apresentada em reunião do Comitê CA-HAM [...], sendo de comum acordo entre os profissionais presentes de ambos serviços que situação deve ser notificada à Vara da Infância pela equipe do Centro de Acolhida, indicando posicionamento dos familiares de Paula em relação ao nascituro”.

O relatório finaliza dizendo que tendo em vista

Que a convivente deu à luz na manhã da presente data (06/03) e que ocorreu a internação do RN na Unidade Neonatal da Maternidade, entende-se **que a convivente não deverá retornar ao CA junto com o RN até que ocorra determinação judicial sobre o caso** (Grifos meus).

Há um relatório enviado para o TJSP Jabaquara em 07/03/2019 em que consta que nessa mesma data foi realizado o atendimento aos irmãos de Paula e eles “Se posicionaram a favor da manutenção do bebê no seio familiar e ambos se dispuseram a assumir a guarda da infante”.

O relatório finaliza dizendo que a equipe está “no aguardo por orientações e determinações[...]”.

Há um outro relatório enviado ao TJSP em 13/03/2019 ressaltando que a recém-nascida de Paula “está em condição de alta hospitalar, conforme relatório médico anexo”. No relatório médico consta que a bebê estava “em dieta plena via oral em mamadeira com boa aceitação em ar ambiente, berço em condição de alta hospitalar, aguardando resolução social”.

Há uma determinação judicial da Vara da Infância e da Juventude (TJSP) em 15/03/2019 dizendo que “foi autorizado a transferência da RN de Paula, nascida em 06/03/2019, que se encontra de alta hospitalar para o LALEC [...], devendo a referida transferência ser realizada por esse nosocômio”.

Consta que a criança foi levada para o abrigo em 16/03/2019, sendo a Vara da Infância comunicada, e Paula evadiu do serviço em 18/03/2019.

Há uma segunda passagem de Paula no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em 17/01/2020 por procura espontânea e encontrava-se em sua terceira gestação com mais ou menos 7 semanas. Na ocasião dessa acolhida, Paula relatou a equipe que estava em uma ocupação, “porém estive em situação de rua também desde sua saída do CA em março/19”.

Em seu termo de desligamento, datado de 30/04/2020 consta que Paula “foi desligada do serviço por insubordinação, conflito com acolhidas, conflito com equipe de funcionários”. Consta que ela “se recusou a passar o endereço da família”, bem como “se recusou a assinar”. Em relatório enviado do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas à um Centro de Acolhida Emergencial, solicitado por este serviço em julho/2020, consta sobre o histórico de Paula que

Na presente gestação, tendo permanecido na Instituição por pouco mais de 3 meses. Paula já não frequentava as consultas de pré-natal e outros atendimentos de saúde, saía da Instituição sem avisar e no retorno não prezava pela higiene pessoal, dos espaços e itens comuns que utilizava com demais acolhidas. Ao ser orientada, diante das medidas adotadas no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, **mostrava-se mais e mais agressiva e em estado de evidente confusão mental, acusava equipe de manter sua última filha na Maternidade até os dias atuais ou tê-la roubado** (Grifos meus).

Consta no relatório que pouco depois do desligamento de Paula, a equipe recebeu contato da equipe de Consultório na Rua vinculada a uma UBS da Zona Norte de São Paulo solicitando informações a respeito do acompanhamento pré-natal realizado pela gestante, tendo em vista que ela estava acolhida temporariamente em um Abrigo Emergencial Feminino. Também há no prontuário um email de um Centro de Acolhida Especial solicitando informações da gestante em 05/08/2020.

Vemos como a história de Paula demonstra que havia conflitos entre ela e seus irmãos e foi a equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas que fez a busca para a localização desses familiares, não foi um interesse da mulher o contato com sua irmã e seu irmão. Percebe-se ainda como a narrativa dos familiares sobre o diagnóstico de Esquizofrenia de Paula aos 15 anos, e seu histórico de “diversas internações psiquiátricas”, corrobora com o que a equipe identificou como “pensamento de conteúdo delirante e persecutório” e “sinais de desorganização do pensamento e discurso” que fez com que Paula fosse encaminhada pela equipe para acompanhamento com psiquiatra do Ambulatório de pré-natal do Amparo Maternal. Sendo assim, em reunião, tanto a equipe técnica do Hospital Amparo Maternal, quanto do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas chegaram à conclusão que Paula não teria condições de exercer sozinha, de forma responsável, a maternidade, devendo seu caso ser enviado para a Vara da Infância e da Juventude, informando o interesse dos irmãos em ser responsáveis pela recém-nascida.

Há uma determinação judicial da Vara da Infância e da Juventude autorizando a transferência da filha de Paula para o Lar Amor Luz e Esperança da Criança (LALEC), segundo o site da instituição “uma Casa de Acolhimento para crianças em situação de alta vulnerabilidade e garantimos a elas seu direito a um lar, enquanto aguardam sua reintegração à sociedade, seja na própria família ou famílias adotivas” (LALEC, 2022). Assim, apesar do interesse dos irmãos em assumir os cuidados com a recém-nascida, não há como saber se isso foi viabilizado a longo prazo, já que na segunda passagem de Paula no serviço, “ela acusava equipe de manter sua última filha na Maternidade até os dias atuais ou tê-la roubado”.

Com relação a Paula, através dos emails e relatórios dos outros equipamentos de atendimento a pessoas em situação de rua enviados ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas solicitando informações sobre ela, constata-se que Paula estava mais vinculada a Centros de Acolhida do que com a família, pois de acordo com os registros dos atendimentos feitos a ela, percebe-se que não havia interesse por parte dela em reatar esses vínculos. Também vemos como Paula já tinha o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e

Puérperas como referência, já que na sua segunda passagem, quando se encontrava gestante novamente, procurou espontaneamente o serviço.

3.3 Tereza

Segundo as informações que há na ficha de acolhimento no prontuário de **Tereza**, ela é uma mulher branca, com 33 anos, ensino médio incompleto, já trabalhou como secretária, ajudante de cozinha, estava com 3 meses da sua segunda gestação quando foi admitida no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em 18/12/2018 transferida de um Centro de Acolhida Especial para Mulheres. No relatório do serviço consta que ela foi acolhida na unidade no dia 23/10/2018, encaminhada pelo CREAS.

Menciona que sua infância foi tranquila, moravam com seus pais e seus seis irmãos, mas lembra de que com sete anos seus pais se separaram, devido a inúmeros conflitos familiares, e isso levou ela e seus irmãos mais velhos trabalharem cedo, para ajudar no sustento da casa, mas nunca deixaram de estudar [...] Verbaliza que foi morar, e trabalhar lá na Espanha, como garçom e acabou se relacionando com rapaz (...), desse relacionamento nasceu Joaquim, devido a infidelidades, deixou seu filho com os avós paternos e retornou para o Brasil [...] Ao retornar, trabalhava e morava no emprego, mas foi dispensada e teve sair do quarto, que ocupava indo morar com uma amiga, mas sem arrumar outro serviço, saiu da casa da amiga e procurou o centro de acolhida [...] Sra. Tereza está grávida de 3 meses, o pai da criança mencionou que não assumirá a paternidade (sic).

No prontuário há um relatório, datado de 08 de março de 2019, um dia após o nascimento do recém-nascido, enviado da equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas a equipe médica da Neonatologia da Maternidade do Amparo Maternal, em que há uma narrativa a respeito do histórico de Tereza, bem como seu estado de saúde, o qual a equipe ressalta que “a psiquiatra indica que não foi possível elaborar hipótese diagnóstica neste caso, pois nos encontros que tiveram Tereza demonstrou mínima organização e relatava aspectos abordados de forma coerente”. No entanto, a equipe técnica do serviço pontua “a dificuldade em organizar uma linha do tempo da história da convivente, bem como não obteve êxito em acessar seus familiares até a presente data”. Portanto, a equipe solicita

A fim de melhor observar o vínculo materno filial, bem como organização de Tereza para a maternagem indicamos que o RN possa permanecer sob os cuidados da mãe até possível alta hospitalar da

genitora no próximo final de semana, e após solicita-se que internação social do RN seja mantida até conclusão do processo de avaliação. Tal proposta de manejo do caso foi discutida com a assistente social da Maternidade, a qual demonstrou ser favorável a esta conduta.

Há um relatório da equipe de Neonatologia do Amparo Maternal informando que “a puérpera permanece diariamente nesta unidade prestando cuidados adequadamente ao seu RN, amamentando sem intercorrências, mostrando-se preocupada e atenciosa com o RN”.

No prontuário, há um relatório da psiquiatra datado de 12/03/2019 informando que Tereza foi atendida por ela pela primeira vez em 01/02/2019, quando informou que já havia passado por tratamento psiquiátrico anteriormente.

Associa a ocorrência de sintomas requerendo intervenção psiquiátrica a eventos de vida estressantes, como seu retorno ao Brasil após morar na Espanha, onde permaneceu seu filho de 14 anos, sob os cuidados do pai e da família paterna. Diz que na época foi acompanhada na Unidade Básica de Saúde, em Minas Gerais, e que fazia uso de psicofármacos para tratamento de depressão. Referiu que já apresentou quadro de tristeza, desânimo, insônia, angústia, anedonia e choro fácil, que remitiram com o tratamento especializado.

A psiquiatra acrescenta ainda em seu relatório que no dia dessa consulta, “a paciente informou que vinha se sentindo triste ocasionalmente, mas que na maioria do tempo sentia-se bem”. Com relação a essa tristeza, Tereza a associava “a situações de vida estressantes, como a distância de seu filho. Negava outros sintomas depressivos. O exame psíquico da paciente foi totalmente normal na data”. A psiquiatra aponta que “Foram relatados também antecedentes psiquiátricos de depressão na família, no caso, tios portadores de quadros depressivos”.

Inicialmente a psiquiatra diagnosticou que Tereza apresentava um “episódio depressivo em remissão” e, sendo assim

Diante do aumento da chance de instalação e recorrência de doenças psiquiátricas durante a gravidez, e diante do relato de tristeza ocasional, foi adotada a conduta de observação de potenciais sintomas depressivos nas semanas seguintes.

Assim, em 14/02/2019, Tereza passou por uma nova avaliação com a psiquiatra, na qual “negou qualquer sintoma depressivo, inclusive tristeza, dizendo-se mais habituada à situação de estar acolhida no serviço. Não havia alterações de sono ou apetite, e o exame psíquico não

revelou alterações. Constatada a remissão do quadro, a paciente recebeu alta do tratamento psiquiátrico”.

A psiquiatra sinaliza em seu relatório que por solicitação da equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, “que observou alguma confusão da paciente ao relatar sua história, a paciente foi avaliada novamente, em 22/02/2019, quando mais uma vez não foram constatada alterações psíquicas”. Ressalta ainda que Tereza “orienta-se adequadamente no tempo e no espaço, não apresenta alterações de nível de consciência, não apresenta delírios ou ideias deliroides. Nunca foi relatado uso de álcool ou drogas pela paciente”. Acrescenta que

Nas consultas psiquiátricas, não foram observados sinais ou relatados sintomas que pudessem indicar incapacidade da paciente cuidar de seu bebê, tampouco comportamentos bizarros ou desorganizados. Durante essas consultas, forneceu informações sobre a gestação e os exames realizados, bem como data da última menstruação e antecedentes obstétricos. Na última consulta, a paciente questionou o motivo de nova avaliação, uma vez que eu havia lhe dispensado de consultas subsequentes, demonstrando manter preservação de memória de fixação e evocação, assim como entendimento das situações ao seu redor.

A psiquiatra conclui seu relatório dizendo que

Apesar de não haver indícios de doença psiquiátrica aguda nas avaliações psiquiátricas realizadas no ambulatório, diante do relato do Centro de Acolhida de momentos de certa desorganização cronológica para relatar os eventos de vida, bem como do relato da Maternidade de alterações do comportamento da paciente, considero prudente que a paciente seja melhor observada e avaliada quanto aos cuidados com o bebê durante estadia de ambos no Centro de Acolhida. Durante esse período, poderão ser realizados novos atendimentos psiquiátricos, a fim de dirimir qualquer insegurança em relação à capacidade da paciente de cuidar de sua prole.

Percebe-se que a partir dessa avaliação da psiquiatra, há vários registros das Orientadoras Socioeducativas relacionados ao dia-a-dia de Tereza e seus cuidados com o recém-nascido.

Há um registro da Orientadora Socioeducativa no qual ela relata um episódio em que Tereza solicitou saída para ir a UTI do Hospital Amparo Maternal buscar seus pertences. Logo em seguida, uma enfermeira da unidade ligou informando que Tereza

Chegou lá dizendo que queria um cotonete que ela deixou lá e que ele já estava usado sujo e como as enfermeiras não deixou ela entra e orientou que já haviam jogado fora porque estava sujo Tereza não gostou disse que iria falar com a assistente social.

Assim, a enfermeira informou a OS que “Tereza precisa de ajuda acompanhamento mais de perto e que tinha uma criança envolvida e que ela não está bem”.

Há um outro registro de uma Orientadora Socioeducativa, no qual ela informa que “a convivente Tereza está sendo observada a mesma está cuidando muito bem de seu RN porém com um pouco de dificuldade. O.S. auxiliou a mesma, Tereza está um pouco chorosa porém bem amável com seu bebê”. Consta outro registro de que “A O.S. observou Tereza com os cuidados com o RN, a mesma cuida bem é bem cuidadosa, mas continua bem chorosa e não gosta quando outras conviventes se aproximam do RN”. Também foi possível localizar dois registros nos quais as Orientadoras Socioeducativas discorrem sobre o fato de Tereza por muitas vezes se referir ao seu recém-nascido como menina:

Tereza, por duas vezes se referiu a seu RN como menina exemplo: olha os olhos dela estão ficando azul e não verde. A mesma foi corrigida mas depois se referiu novamente mas sem graça e continua usando roupas rosas mesmo dizendo no último plantão que iria separar e trocar por azul [...].

Tereza estava se maquiando e o seu RN do lado chorando foi orientada a acalmar o RN, a mesma então pegou o RN e falou fica “calma, quieta” que a mãe pegou, a mesma algumas vezes trata o RN no feminino.

Há um registro de uma Orientadora Socioeducativa de que em visita

Josué o companheiro da Tereza disse que irá tirar os documentos e alugar uma casa e comprar móveis novos e que ficou muito emocionado em ver o bebê que não dormiu a noite ansioso por estar aqui com eles. Após a visita, a OS foi orientar a convivente Tereza nos cuidados com o RN a mesma se mostra a princípio perdida mas é zelosa e cuidadosa com o RN e suas coisas. Não sabia o que era um body e nem passar cotonete no umbigo mas foi orientada e fez sozinha depois de cuidar da higiene deu de mamar para o RN terminou pôs ele para arrotar e foi organizar seu armário.

Diante da dificuldade que a equipe técnica encontrou em avaliar se Tereza teria condições de exercer de forma eficaz a maternagem, foi enviado relatório técnico do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas ao TJSP Jabaquara em 28/05/2019.

Mesmo após alguns atendimentos, **a psiquiatra indica que não foi possível elaborar hipótese diagnóstica neste caso, pois nos encontros que tiveram Tereza demonstrou mínima organização e relatava aspectos abordados de forma coerente.** De todo modo, equipe técnica do Centro de Acolhida ressalta a dificuldade em identificar uma linha do tempo da história da convivente, bem como não houve êxito em acionar sua rede de apoio até desfecho gestacional [...] Sobre genitor do nascituro, relatava ser Josué e que tiveram relações pontuais, pois Michael, seu parceiro na época lhe obrigava a fazê-lo. Ao que foi possível apreender, o relacionamento com Michael envolvia agressões e extorsões” (Grifos meus).

No relatório há a informação de que Josué fazia uso de substâncias psicoativas.

Consta que “desde a data do parto [07/03/2019], foi possível acessar familiares por meio de profissionais da UBS da região de residência destes, sendo solicitados a comparecerem com urgência ao Centro de Acolhida para atendimento com equipe”.

Há o registro de atendimento realizado a irmã e a sobrinha da paciente.

Ambas contam que acompanharam **longo histórico de episódios de desorganização da familiar e relatam que apesar de diversas tentativas Tereza só se engajou em tratamento uma vez, porém não fez uso correto das medicações prescritas.** Relatam que nos episódios citados, a mesma chegou a agredir familiares, inclusive sua mãe e as irmãs [...] Referem ainda que enquanto morava na Espanha com o ex-companheiro Charles, houve informação de que teria desenvolvido depressão pós-parto e que por conta da preocupação com o bem-estar do recém-nascido na época, ele chegou a buscar por sua internação [...] Quando retornou ao país, foi acolhida temporariamente por diferentes familiares, mudando-se após entrar em conflito com estes. Mostrava-se confusa na maior parte dos dias, sendo perceptível a mudança de comportamento em relação ao período antes de moradia na Espanha. Acreditam que o episódio de depressão vivido, por não ter sido tratado, pode ter desencadeado outro transtorno mental a longo prazo.

As técnicas acrescentam em relatório que

Mesmo após narrativa dos familiares, considera-se complexo o estabelecimento de hipótese diagnóstica, porém **tais relatos corroboram preocupação da equipe diante de comportamento desorganizado, falas e projetos incoerentes de Tereza.** Cabe ressaltar que a reação da mesma à presença dos familiares explícita que vínculos estão hoje muito fragilizados, **não havendo mais intenção destes em apoiá-la no processo de retomada de tratamento em saúde mental.**

Ainda de forma incoerente com esta realidade que se apresenta, Tereza nega dificuldades e possibilidade apresentada de que não seja capaz de exercer a maternagem neste momento (Grifos meus).

Em relação ao pai do recém-nascido, consta no relatório que

Josué relata que tiveram um relacionamento e moraram juntos por 3 meses após ter acolhido Tereza que foi expulsa de casa pelo até então marido, Michael. Refere que seus familiares tem ciência de que Tereza estava gestante, podendo apoiá-lo em seu projeto de viver com a mesma e com o infante. Sobre o uso de substâncias psicoativas alega processo de tratamento e conversão religiosa.

A equipe também destaca no relatório que Josué registrou o recém-nascido e comprometeu-se a realizar visitas supervisionadas para Tereza e o bebê na instituição. Acrescentam que Josué “foi informado ainda sobre processo de avaliação da evolução da maternagem para definição do projeto da família após o desligamento do binômio do Centro de Acolhida”.

No entanto, no que diz respeito ao alinhamento feito, equipe avalia que

Josué não compareceu a todas as visitas agendadas, justificando que estava trabalhando formalmente e informalmente para seguir com planejamento de alugar moradia. Alega que seus familiares não podem comparecer ao Centro de Acolhida, pois sua mãe está impossibilitada por questões de saúde e o pai está sempre trabalhando (sic). Apresenta vínculo com o bebê e tenta manter relacionamento com Tereza, porém equipe visualiza que a mesma mantém pensamento de conteúdo persecutório e em algumas das ocasiões em que o vê faz acusações de que estaria lhe traindo. Considerando o exposto sobre o relacionamento, entende-se que projeto familiar é incipiente, pois Josué teria que dar total suporte à Tereza, bem como manter financeiramente a casa e o filho.

A equipe sinaliza no relatório que a irmã e a sobrinha de Tereza

indicaram na primeira ocasião em que estiveram no Centro de Acolhida que elas e demais familiares podem organizar-se para assumir a guarda do infante. Em outra ocasião mais recente, a sobrinha apresentou sua intenção de assumir a guarda e os cuidados sobre o bebê, com retaguarda de sua mãe e outras irmãs de Tereza [...]. Sobre seu histórico, informa que tem uma filha de 7 anos e vive em casa independente em terreno que pertence à sua mãe.

A equipe finaliza o relatório dizendo que

Concomitantemente, **Tereza foi observada pela equipe do Centro de Acolhida e mostra-se incapaz de fazer avaliação crítica sobre comportamentos que implicam em risco para o RN, bem como é relutante às orientações da equipe a respeito. É importante salientar que se percebe comprometimento em sua capacidade de julgamento e abstração, bem como pensamento de conteúdo fantasioso.**

Haja visto o exposto acima, considera-se importante o acompanhamento da rede neste caso e destaca-se o receio com projeto incipiente da família e rede de apoio pouco estruturada destes (Grifos meus).

Deste modo, há um documento da Promotoria de Justiça do Foro Regional do Jabaquara, datado de 30/05/2019, requerendo a juíza de direito da Vara da Infância e da Juventude do Foro Regional do Jabaquara a aplicação da medida protetiva “acolhimento institucional, com pedido de tutela antecipada de urgência” ao recém-nascido em face aos seus pais, apresentando como fatos:

Os genitores não detêm condições para, neste momento, exercer adequadamente a guarda do menor.

Consta que no último trimestre da gestação do infante, o CREAS encaminhou a requerida para o Centro de Acolhida do Amparo Maternal, visto que ela se encontrava em situação de vulnerabilidade social depois de ter sido expulsa da casa de uma amiga.

Desde então, a genitora permanece acolhida com o infante e **a equipe técnica do Amparo Maternal percebe nela uma grande fragilidade nos vínculos familiares, uma falta de rede de apoio e uma estrutura emocional e psíquica que pode comprometer os cuidados com a criança.**

Durante o período de acolhimento, nenhum familiar ou amigo voluntariamente procurou pela requerida, que demonstrou resistência em aderir aos encaminhamentos feitos e **apresentou um discurso confuso, incoerente, fantasioso e pouco linear, não sendo percebido na genitora a existência de capacidade crítica suficiente para compreender as responsabilidades inerentes à uma maternidade saudável.**

Além da criança, a requerida tem um filho mais velho (14 anos de idade), que foi deixado aos cuidados dos avós paternos, em razão do histórico de desorganização e de depressão da genitora.

A família materna tentou ajudar a requerida no passado, mas o relacionamento entre eles se fragilizou e **os familiares não tem mais disponibilidade para receber e apoiar a genitora até que ela eventualmente consiga se estruturar.**

O vínculo mais próximo da requerida aparenta ser o que ela tem com o genitor do infante, Josué.

Contudo, o relacionamento deles começou de maneira controvertida, envolvendo violência psicológica sofrida pela requerida, e só evoluiu após o nascimento do menino, mas, ainda assim, apresenta muitas fragilidades, **não sendo percebida uma estrutura sólida na relação do casal.**

Ademais, o requerido é usuário de drogas e apenas recentemente teria parado com o consumo de entorpecentes, de maneira que ele não parece conseguir reunir condições para fornecer o necessário apoio para o desacolhimento da requerida e do infante iria requerer.

Desse modo, considerando que os genitores não tem condições habitacionais adequadas para receber o infante e que não tem, neste momento, apoio familiar suficiente ou estrutura emocional para as responsabilidades inerentes à criação do menino, se faz necessário o acolhimento institucional do menor.

A medida, de caráter excepcional e temporária, garantirá que o infante fique em ambiente seguro até que a família consiga se estruturar para recebê-lo adequadamente.

Desse modo, frente à existência de situação de risco, necessária a aplicação da medida protetiva de acolhimento institucional para salvaguardar os direitos do menor (Grifos meus).

Há a informação no prontuário que o recém-nascido foi transferido para o LALEC em 11/06/2019 e Tereza foi transferida para um Centro de Acolhida Especial para Mulheres em 13/06/2019 após acolhimento institucional do bebê. Em seu termo de desligamento, Tereza registrou como motivo “encontrei um outro centro para morar”.

3.4 Sofia

Segundo informações que há na ficha de acolhimento de **Sofia**, ela é uma mulher parda, com 42 anos, bissexual, possui ensino fundamental completo, consta que é fumante desde os 11 anos e com relação ao uso de substâncias psicoativas, fez uso de crack desde os 18 anos, porém está abstinente há 12 anos. Foi admitida no Centro de Acolhida em 14/11/2019 encaminhada de um Centro de Acolhida Especial para Mulheres. No relatório do serviço consta que Sofia foi acolhida na unidade em agosto de 2019 encaminhada de um Centro Pop. Há registros de passagens no serviço em 2012 e em 2016, sendo que na época estava com alguns de seus filhos. Há relato da equipe do CAE de que Sofia estava em sua oitava gestação e possui outros 7 filhos (25,22,20,19,17,14 e 11 anos). Os filhos estão independentes e/ou vivem com familiares (residem com a mãe a qual Sofia não tem boa relação), “porém em sua maioria estiveram em algum período acolhidos em SAICA’s e/ou também em CAE’s com a genitora”. **“Relata histórico de acompanhamento para transtorno bipolar, episódio de surto psicótico e epilepsia”** (Grifos meus). Consta que Sofia informou que estava morando na casa de sua filha de 22 anos, porém não deu certo e ela optou por procurar vaga em acolhimento.

As técnicas informam ainda que em outubro de 2019 ela relatou a psicóloga do CAE que estava gestante,

porém estava angustiada com a situação devido suas condições de saúde, **pois já havia tentado por duas vezes realizar a laqueadura, porém os médicos não conseguiram seguir com o procedimento por causa que ela teve eclampsia**, sendo assim foi determinado judicialmente que ela não poderia ter mais filhos, uma vez que todos os demais filhos já passaram por acolhimentos em abrigo. Enfatizou que foi decretado pelo Juiz, que caso ela tivesse mais um filho, este seria institucionalizado judicialmente (Grifos meus).

Há um relatório enviado do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas para o CREAS datado de fevereiro/2020 sinalizando preocupação da equipe com a permanência de Sofia na instituição, tendo em vista que

A usuária está constantemente envolvida em conflitos com as demais usuárias, buscando assumir a liderança de grupos na Instituição e implicando-se em situações particulares de outras acolhidas. Assim como relatado e assinado por uma parcela significativa das demais em carta anexa, houve episódio de agressão à outra gestante. Sofia foi contida por colaboradores da Instituição, porém chegou a golpear usuária que havia tentado furtar o aparelho celular de umas das Orientadoras Socioeducativas[...] **Quando orientada, Sofia parece não refletir sobre gravidade dos comportamentos e provável alteração do quadro psiquiátrico, a qual motivou aumento das doses das medicações e maior atenção à usuária. Há dúvida também se a mesma faz uso correto das medicações, haja visto que demonstra desconfiança da equipe, bem como parece negar piora observada** (Grifos meus).

No mesmo mês há um receituário da psiquiatra prescrevendo Risperidona e Carbonato de lítio. Além disso, pude verificar em seu prontuário várias receitas de medicações psiquiátricas no decorrer da permanência de Sofia no serviço. Também há a informação que após nascimento do bebê, a médica indicou troca de Lítio para Acido Valproico para que pudesse amamentar.

Em seu prontuário, há a informação que ela recebe o benefício do Programa de Transferência de Renda (Bolsa Família) e foi aprovado o recebimento de auxílio emergencial no período de pandemia.

Em relatório da equipe do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas datado de 20/01/2021 enviado ao CREAS Vila Mariana solicitando transferência de usuárias, consta que Sofia foi encaminhada para acompanhamento com psiquiatra do Ambulatório de pré-natal do Amparo Maternal, devido ao histórico de Sofia.

Inicialmente foram identificados sintomas depressivos e indicado uso de estabilizador de humor. **A partir de outras informações a respeito do comportamento no CA**, bem como relatos da própria acolhida, a psiquiatra prescreveu uso de carbonato de lítio e também risperidona. Atualmente Sofia mantém uso de feroxabital, risperidona e valproato de sódio (Grifos meus).

Em relação ao pai da recém-nascida (nascida em 03/06/2020), consta no relatório que “inicialmente Sofia relatou à equipe técnica do CA que o envolvimento com o pai do nascituro poderia ser caracterizado como relacionamento abusivo”, tendo em vista que quando ela soube da gestação, a manteve em cárcere privado por duas semanas, sendo que somente a levou para um hospital quando ela passou mal, relatando aos profissionais de saúde a situação pela qual ela estava passando, sendo então removida para acolhimento no CAE.

As técnicas informam ainda que em alguns momentos Sofia referia temer pela sua segurança, mas que o ex-companheiro não sabia aonde ela estava residindo, acrescentando ainda que seus familiares também estavam sob ameaça desta pessoa e que por isso ela evitava as saídas do serviço.

As técnicas acrescentam que

Ao longo do período de acolhimento, Sofia mudou discurso a respeito do ex-parceiro, tendo contado ao mesmo sobre sua permanência na Instituição, bem como fornece informações sobre a RN a ele. Foi ajudada financeiramente de forma esporádica desde o nascimento da infante, decidindo por fim pela solicitação de reconhecimento de paternidade e pensão alimentícia judicialmente [...].

O relatório finaliza dizendo que

Esclarecemos que Sofia mantém bom vínculo com os filhos mais velhos e os visitava frequentemente antes da pandemia. Atualmente mantém contato telefônico e os viu algumas vezes nos últimos meses. Ao contrário do projeto inicial, passou a afirmar que não há possibilidade de morar com a filha mais velha e solicita, se possível, retorno ao CAE Mulheres.

Consta um registro da técnica de um atendimento a filha de 22 anos no qual ela “expressa que não poderia acolher a mãe e a irmã após saída do CA em sua casa, mas que tem intenção de ajuda-la com aluguel e outros gastos[...]”

A filha mais velha

Menciona intenção de apoiar a mãe após saída da Instituição, porém não pode receber a mesma com a bebê em sua casa, pois além do difícil relacionamento de Sofia com o genro, ela tem dois filhos e acolheu também o irmão de 20 anos.

Há a informação de que Sofia foi transferida, juntamente com sua recém-nascida, para CAE Mulheres em 21/01/2021.

3.5 Soraia

De acordo com a ficha de acolhimento de **Soraia**, ela é uma mulher branca, com 26 anos, solteira, heterossexual, possui ensino médio completo, Boliviana, não faz uso de substâncias psicoativas, não é fumante, como diagnóstico de saúde mental apresenta “sintomas depressivos”, estava com 33 semanas da sua primeira gestação. Foi encaminhada para o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas do SEFRAS (Serviço Franciscano de Solidariedade) – Centro de Acolhida para Imigrantes (CAI), sendo a vaga articulada com CREAS Vila Mariana. No relatório do CAI consta que Soraia residia com seus pais e irmãos na Bolívia (não consta dados sobre esses familiares), até receber uma proposta de trabalho para vir ao Brasil em março de 2019.

Fora prometido a ela um emprego, com carteira assinada, auxílio para a confecção dos documentos no país, além de um salário e estadia, contudo, ao chegar ao país, foi recebida por **um casal que reteve seus documentos e a forçou a trabalhar até pagar sua passagem, sua alimentação e estadia, trabalhava de segunda a sexta, das 6 hrs da manhã às 23 hrs da noite [...] Trabalhou por volta de um ano inteiro dentro de confecção**, por volta de um ano, contudo, quando seus chefes descobriram sua gravidez, ela se viu discriminada e pediu auxílio na UBS que a encaminhou ao CRAI, assim chegou até o CA Casa de Assis. [...] **Não contou a família sobre sua gravidez e apresenta ter muito receio sobre a posição deles caso descubram sobre sua atual situação, ela afirma que o pai de seu filho sabe da gravidez, mas tem outro relacionamento e se negou a fazer parte da vida da criança.** (Grifos meus)

Serrano e Martin (2022, p. 210), ao discutir a violência doméstica enfrentada por mulheres migrantes bolivianas residentes em oficinas de costura domiciliares em São Paulo, apontam que alguns estudos já associam as oficinas de costura domiciliares ao trabalho análogo à escravidão. Várias mulheres entrevistadas pelas autoras afirmaram que estavam trabalhando mais de 12 horas por dia, com pouco tempo para descansar, e recebendo menos do que o salário

mínimo. Foram mencionados casos em que os proprietários das oficinas proibiam essas mulheres de buscar atendimento médico em postos de saúde ou hospitais, tanto para consultas de rotina quanto em situações de emergência. Muitas delas enfrentavam dificuldades para obter uma alimentação adequada, com falta de nutrientes suficientes. Durante as entrevistas, Serrano também conversou com mulheres que, apenas três dias após dar à luz, já haviam retornado ao trabalho e estavam costurando enquanto amamentavam.

Há um relatório do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas ao CREAS solicitando transferência para outro serviço de acolhimento no município, de preferência para mulheres imigrantes, tendo em vista que a usuária solicitou tal transferência e “considerando que deixa de apresentar perfil atendido neste dispositivo socioassistencial” já que sua recém-nascida nasceu em 31/08/2020 e, conforme decisão judicial, recém-nascida foi transferida a um SAICA em 04/09/2020, já que

sozinha no país, sem trabalho e apoio, decidiu-se pela entrega voluntária do nascituro para adoção. Manifestou tal desejo assim que acolhida no CAE Amparo Maternal mantendo decisão até sua internação para parto [...] sendo acompanhada pelo Serviço Social do serviço de saúde no trâmite de Desistência do Poder Familiar, mediante notificação à Vara da Infância e Juventude – Foro Regional Jabaquara.

Com relação aos sintomas depressivos, a equipe técnica avalia que “quadro parecia reativo ao processo evidenciado”. Chegou a ser encaminhada para acompanhamento psiquiátrico, onde foi indicado uso de Sertralina. Entretanto próximo ao parto ela manifestou interesse em interromper medicação, mas manteve uso até pouco depois do parto, quando ela decidiu juntamente com a médica pela suspensão do tratamento medicamentoso. “Desde então, mostra-se bem, humor eufímico, afeto congruente com a situação e já demonstra projetos para reorganizar-se. Indica que deve permanecer na cidade de São Paulo e pretende buscar por trabalho como costureira”.

Consta no relatório que Soraia realizou emissão de documentação para permanência por meio de solicitação de refúgio para regularização de sua situação no país.

4 MULHERES E SUAS REDES FAMILIARES

Ao discorrer no capítulo anterior a respeito da saúde mental e dos cuidados com os recém-nascidos, foi possível identificar que além de ter uma centralidade na questão da saúde mental das mulheres a fim de identificar se ela está apta a exercer de forma adequada os cuidados com os recém-nascidos, há, a partir do que se pode constatar nas narrativas dos prontuários, uma centralidade por parte da equipe técnica nas redes familiares das mulheres que estão no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Assim, nos registros em prontuários de Paula e de Tereza, nos parece que o fato de haver intensos conflitos entre elas e seus membros familiares, culminou na judicialização das situações e, posteriormente, no acolhimento institucional dos recém-nascidos.

De acordo com os fatos apresentados pela Promotoria de Justiça requerendo a juíza de direito da Vara da Infância e da Juventude o acolhimento institucional do recém-nascido em face de Tereza e Josué:

[...]a equipe técnica do Amparo Maternal percebe nela uma grande fragilidade nos vínculos familiares, uma falta de rede de apoio e uma estrutura emocional e psíquica que pode comprometer os cuidados com a criança. [...]

A família materna tentou ajudar a requerida no passado, mas o relacionamento entre eles se fragilizou e **os familiares não tem mais disponibilidade para receber e apoiar a genitora até que ela eventualmente consiga se estruturar. [...]**

Desse modo, considerando que **os genitores não tem condições habitacionais adequadas para receber o infante e que não tem, neste momento, apoio familiar suficiente ou estrutura emocional para as responsabilidades inerentes à criação do menino, se faz necessário o acolhimento institucional do menor.**

Importante ressaltar que apesar de nos documentos técnicos aparecer constantemente termos como “fragilidade nos vínculos familiares”, entendemos como conflitos existentes entre os membros desses núcleos familiares.

Já com relação a Paula, apesar dos irmãos se colocarem disponíveis para assumir os cuidados com a recém-nascida, a Vara da Infância e da Juventude determinou o acolhimento institucional da criança, possivelmente por identificar conflitos existentes entre esses irmãos, na medida em que Paula já havia informado que não gostaria de ter contato com seu pai e irmãos, inclusive os acusava de ter matado sua mãe. Foi a equipe técnica que realizou a busca por essa irmã, tendo em vista que tem como objetivo manter a criança no circuito familiar, quando avaliam que a mãe não tem condições de prover os cuidados ao bebê.

Também vimos no caso de Sofia que apesar de ela possuir vínculo com sua filha de 22 anos, esta não tem condições de mantê-la, juntamente com a recém-nascida, em sua casa. Assim, de acordo com registro, a própria mulher solicitou sua transferência para o CAE onde já estava anteriormente. Percebe-se que para conseguir a autorização da transferência de Sofia para a outra instituição, foi utilizado pela equipe técnica um discurso que demonstra como Sofia “mantém bom vínculo com os filhos mais velhos e os visitava frequentemente antes da pandemia”. Nota-se também o longo período que Sofia permaneceu no serviço, aproximadamente 1 ano e 2 meses, o que demonstra como ela já não se encaixava mais no perfil da instituição, que na época previa a permanência da mulher por até 6 meses, com exceção de algumas situações avaliadas pela equipe técnica em conjunto com o CREAS. Assim, a mulher precisa desligar-se da instituição, e na ausência de moradia nesse momento, optou-se pela transferência para o serviço de origem.

Abaixo vou apresentar situações que demonstram como são as relações das mulheres que estiveram acolhidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas com suas redes familiares.

De acordo com informações que há na ficha de acolhimento de **Bruna**, ela é uma mulher parda, com 19 anos, heterossexual, possui ensino médio incompleto, consta que já trabalhou como monitora de buffet (informal) e atendente de balcão, é fumante desde os 15 anos e faz uso de substâncias psicoativas desde 18 anos (cocaína e maconha). Há a informação que ela tem sintomas depressivos e faz uso de Sertralina e Fluoxetina. No prontuário de Bruna, há contatos telefônicos de um tio, da sua mãe e do pai do recém-nascido. Além disso, em seu prontuário há cópias de encaminhamentos ao CRAS e comprovante de inscrição no Cadastro Único, porém não identificamos registro de atendimento das técnicas de Serviço Social e Psicologia.

No encaminhamento da enfermeira da UBS em 19/10/2018 ao CREAS consta que Bruna estava em sua primeira gestação (5 meses) e foi expulsa de casa pela mãe há mais de um mês, estava na casa de uma conhecida em um bairro da zona norte de São Paulo e “foi convidada a se retirar do domicílio”. Acrescenta que Bruna encontrava-se chorosa, sem local para dormir, negou a existência de outros familiares e/ou amigos que possam auxiliá-la.

Durante o período de acolhimento de Bruna no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, foi possível localizar no prontuário registro da Orientadora Socioeducativa (OS) em 12/07/2019 de que “Bruna recebeu ligação da sua mãe, se retirou do quarto chorando”, e que a OS “observou a mesma fazendo muito drama para sua mãe vim busca-la, ao terminar falou para a OS que vai embora neste sábado, que sua mãe vem busca-

la”. Há o registro no prontuário que Bruna retornou com seu recém-nascido para a casa de familiares após o desligamento em 13/07/2019.

De acordo com informações que há na ficha de acolhimento de **Larissa**, ela é uma mulher com 32 anos, não consta informação sobre raça/cor e escolaridade, heterossexual e foi encaminhada do Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Básica no Domicílio (SASF). Em relatório do serviço datado de 07/06/2019, ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, consta que Larissa compareceu ao SASF “solicitando ajuda para ser abrigada. Mediante ao seu contexto familiar, reside com a genitora, o companheiro da mãe e o filho de dois anos”. Acrescentam que

Sra. Larissa, faz uso de substâncias psicoativas lícitas, diante do uso abusivo de drogas obteve vários parceiros e através das relações sexuais, esteve grávida 15 vezes e dessas gestações nasceram 7 filhos, no qual se encontram aos cuidados dos irmãos da mesma. Apenas Gael reside com a progenitora, por sua vez, a Sra. Larissa se encontra gestante de seis meses e não consegue fazer acompanhamento médico em virtude da situação de precariedade que se encontra.

No relatório consta ainda que a jovem expôs que “não tem bom convívio com a genitora e prefere passar as noites nas ruas e nos bares próximos da redondeza, pois assim acaba não entrando em conflito com a mãe”. A assistente social finaliza dizendo que Larissa “solicitou ajuda para rede conveniada, porque pretende ficar no abrigo e assim será melhor assistida e ter os acompanhamentos necessários para ela e o feto”. No entanto, Larissa permaneceu apenas 2 dias no serviço, pois há um termo de desligamento datado de 09/06/2019 pelo motivo de “ver os filhos”.

Foi possível localizar em seu prontuário, que ela teve passagem no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em 16/04/2019 e saída em 17/04/2019. Também foi encontrada uma ficha de acolhimento datada de 14/10/2014. Na ocasião, a gestante solicitou saída particular em 26/10/2014 e há o registro de que no dia 27/10/2014 “não retornou ao CA”.

Há a informação de que a técnica do Serviço Social entrou em contato com assistente social de um CAPS AD que “mencionou que a gestante já faz acompanhamento no CAPS há muitos anos, esta é a sexta gestação, os outros filhos estão sob guarda de familiares, apresenta transtorno de personalidade, refere ser uma pessoa difícil, não respeita as regras”. Assim, em 28/10/2014 consta que o CAPS AD articulou com CREAS o retorno de Larissa, que foi autorizado. Assim, há o registro “Retorno ao CA, relata que ficou tarde no domingo para

retornar acabou ficando nervosa e fez uso de cocaína, sua saída particular está suspensa por período de 30 dias”.

Há um termo de desligamento sem data por motivo de “raiva”. No entanto, há o registro da orientadora socioeducativa de que “Larissa solicitou saída definitiva, alegou apenas que desejava ir embora, disse que iria p/ casa da mãe”

No caso de Larissa, vemos que ela já tinha o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas como referência, até por já ter tido sua passagem no serviço em 2014. Nota-se que havia um conflito com sua mãe e por este motivo procurou um equipamento da Assistência Social solicitando vaga em abrigo para que pudesse realizar o acompanhamento pré-natal longe dos conflitos familiares existentes. No entanto, percebe-se que em 2014, Larissa não conseguiu respeitar normas relacionadas a horários das saídas particulares do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, e seu retorno ao serviço foi autorizado somente mediante articulação do CAPS AD com o CREAS. Além disso, recebeu uma “punição” por não ter retornado no dia, sendo sua saída particular suspensa por período de 30 dias. Assim, podemos levantar a hipótese de o motivo “raiva” expresso em seu termo de desligamento estar relacionado a insatisfação com essa proibição de saídas por um período tão longo, o que fez com que ela solicitasse a saída definitiva do serviço e fosse para casa da sua mãe, apesar dos conflitos existentes.

No prontuário de **Fernanda**, consta que ela é uma mulher branca, com 29 anos, heterossexual, possui o ensino médio completo, já trabalhou como atendente de caixa e foi encaminhada ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas de um Centro de Defesa e Convivência da Mulher, que a acompanhava desde 2017 quando estava pleiteando pensão alimentícia para um dos filhos. No relatório do serviço datado de 28/05/2018 há a informação de que Fernanda

Estava em um relacionamento com Davi há dois anos, ela atribui o uso abusivo de álcool e cocaína a sua mudança de comportamento, afirma que há um ano e meio ele passou a humilhá-la verbalmente, ficou mais agressivo e a expulsou de casa diversas vezes.

As técnicas acrescentam que

Há seis meses descobriu que estava gestante, e este filho agravou ainda mais sua situação, Davi passou a expulsá-la todos os dias de casa e tentou agredi-la, fazem duas semanas que ela está fora de casa, foi acolhida pela ex-cunhada e madrasta, mas recentemente seu pai também a expulsou, diz não ter para onde ir e se sente desamparada e sem expectativas [...]. Já sofreu violência em outros momentos da vida,

teve dois filhos que estão sob a tutela do seu pai, não conta com o apoio financeiro dos ex-companheiros, por este motivo também diz não saber como irá criar o filho que está esperando, pois Davi já foi preso por falta de pagamento de pensão alimentícia e não tem emprego, segundo Fernanda devido ao uso de álcool.

Apesar de constar nos registros que o seu pai a expulsou de casa, no Termo de Desligamento datado de 25/02/2019 consta que ela se desligou, juntamente com seu bebê, nascido em 06/07/2018, pelo motivo de “voltarei p/ casa do meu pai e minha madrasta (voltarei p/ casa da minha família)”.

Segundo informações da ficha de acolhimento de **Érica**, ela é uma mulher parda, com 32 anos, heterossexual, possui ensino fundamental completo e faz uso de substâncias psicoativas há 12 anos (cocaína e álcool). No seu prontuário, há a informação que em 2019 ela teve duas passagens pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Nas duas ocasiões ela deu entrada por procura espontânea e estava em sua oitava gestação, sendo que o seu primeiro filho (15 anos) foi adotado, a segunda (11 anos) está com a avó paterna, a terceira gestação foi um aborto, a quarta natimorto, e a quinta, sexta e sétima (5, 3 e 1 ano) estão com companheiro.

Conforme relatório das técnicas em resposta a um email do CREAS solicitando informações da acolhida “a usuária teve ainda outras duas passagens recentes pelo serviço ainda nesta mesma gestação, sendo a primeira de 21/09/2018 a 26/09/2018 e a segunda de 07/02/2019 a 15/02/2019”. Além da do dia 27/02/2019 a 10/03/2019. Segundo as técnicas “Érica solicitava desligamento da instituição sempre de forma espontânea, alegando a intenção de retornar à convivência familiar”.

Em seu último período de acolhimento no ano de 2019, Érica solicitou apoio da equipe para intermediar contato com seu companheiro, já que seu parto estava próximo. Ao entrar em contato com o companheiro, ele

Informou que não teria disponibilidade para visitá-la no Centro de Acolhida e/ou no Hospital São Paulo, onde estava previsto que desse à luz. **Afirmava cuidar dos demais filhos do casal e insistia que Érica deveria lidar com tais questões sozinha.** Destaca-se ainda que não compareceu à visitas durante período de acolhimento da usuária (Grifos meus).

Em 2019 assinou o termo de desligamento pelo motivo de “não esperar vaga no leito no Hospital São Paulo e acompanhar no hospital próximo de casa”. Já que ela estava com

encaminhamento médico para internação para parto cesárea eletiva no Hospital São Paulo, emitido pela equipe de pré-natal do próprio serviço de saúde, Érica encaminhou-se ao local, porém não foi admitida de imediato pela indisponibilidade de vagas naquele momento. A usuária retornou então ao Centro de Acolhida formalizando seu desligamento alegando que buscaria por Hospital próximo à região de residência da família.

Posteriormente, há o registro de que a equipe foi informada que Érica deu à luz no Hospital São Paulo.

Em setembro de 2018, na sua terceira passagem pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, Érica foi encaminhada de um Centro de Defesa e Convivência da Mulher (CDCM), após ser encaminhada para este serviço do CREAS solicitando acolhimento. No relatório do CDCM consta que Érica vive em união estável há 5 anos com o companheiro e afirma nunca ter sofrido violência doméstica. O casal tem 3 filhos e encontrava-se no 3º mês de gestação

A usuária relata que precisa de abrigo tendo em vista ter vício em bebida alcoólica e drogas (cocaína) desde os 17 anos, e está com intenção de fazer uso de entorpecente mesmo gestante. Érica já passou por acolhimento no abrigo Amparo Maternal no ano de 2013 quando estava gestante da filha (5 anos) e lá recebeu todo suporte para sua drogadição.

A técnica informa ainda que “segundo a usuária, pretende deixar os filhos sob os cuidados do marido e a **prima que reside ao lado de sua residência**, e afirma que o companheiro está ciente de sua decisão”. (Grifos meus)

Com relação a sua segunda passagem pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, ela procurou espontaneamente o serviço em 2017 quando estava gestante de 8 meses pedindo acolhimento, referindo que já teve passagem na unidade em 2013, assim foi levantado o seu histórico. Na ocasião ela contou que vem tendo problemas de relacionamento com o companheiro e que estava pensando em deixá-lo responsável por seus dois filhos (2 e 3 anos) para permanecer no Centro de Acolhida.

As crianças estão na creche no momento, mas refere dificuldade mesmo que seja em buscá-los pelo tempo gestacional. **Conta que pede ao companheiro que lhe ajude, mas que não se mostra colaborativo.** Insiste que precisa deixar a convivência com o mesmo e que se este afirmar que não se responsabilizará por sua filha (3 anos) ela gostaria então que a criança fosse encaminhada a um abrigo (Grifos meus).

Consta no registro que Érica explicou que após seu desligamento do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em 2013 (quando ela permaneceu de 14/01/2013 a 15/10/2013 – 9 meses) foi transferida para um Centro de Acolhida para Adultos juntamente com sua recém-nascida devido a “sua permanência no Centro de Acolhida estava quase 1 ano e estava com superlotação” (registro da técnica em 2013).

Quando já estava melhor organizada na região, inclusive trabalhando com serviços gerais na igreja conheceu seu atual companheiro. **Refere que ele assumiu responsabilidade por ela e por sua filha (3 anos), mas que ela não voltou a trabalhar formalmente desde então e mesmo dependente do companheiro não tem auxílio nas atividades diárias com os filhos** (Grifos meus).

Na ocasião dessa procura espontânea, foi orientada a procurar o CREAS para solicitação de vaga. Assim, em 17/02/2017, Érica foi ao NPJ/CREAS da sua área de procedência solicitar vaga no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Na ocasião, ela mencionou que sempre viveu em situação de rua, passando por vários serviços de acolhimento, inclusive pelo serviço no qual tinha interesse em retornar no ano de 2013.

Consta no relatório da técnica do CREAS, que Érica

Mencionou que vive uma relação conflituosa com o companheiro, aludiu que se preocupa com o seu estado de saúde e teme pela sua gravidez, referindo que gostaria de passar esse último mês de gestação longe desta situação [...] Mencionou que nunca sofreu violência física, mas, sofre constantes ameaças e tem medo que aconteça algo mais sério em decorrência das constantes brigas.

A técnica do NPJ informa ainda em seu relatório que entrou em contato com o companheiro e “ficou evidente um conflito entre o casal, no entanto, se mostrou disposto a cuidar do filho (2 anos) e da enteada (3 anos), inclusive, disse que iria entrar com ação de guarda”. Érica concordou com a questão de guarda, “prefiro assim, pois não sei o que pode acontecer comigo, apesar de tudo, ele é um bom pai (sic)”.

Dessa forma, Érica deu entrada no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em 17/02/2017 e em 21/02/2017 desligou-se alegando que seu companheiro informou que seu filho se encontrava doente e por esse motivo resolveu retornar ao convívio familiar.

Em relação ao seu histórico familiar, encontramos uma densidade de informações no prontuário de 2013, onde há um registro de uma entrevista social, na qual Érica informa que

Foi criada por pais adotivos, mais sempre manteve contato com a genitora, conforme foi ficando mocinha e seus pais adotivos muito rígidos, sempre acabava indo para casa da genitora, a mesma não era tão rígida, com 14 anos iniciou o uso de substâncias ilícitas, fumo e álcool, se demonstrando rebelde perdeu a virgindade com 17 anos, assim saindo com vários rapazes, até assumir-se como garota de programa [...].

Consta ainda que “desde o seu acolhimento, a puérpera realizou acompanhamento psiquiátrico e psicológico, teve depressão pós-parto [...]”.

Em um documento intitulado “Meu testemunho de vida”, escrito por Érica, ela registra que a sua avó materna teve três filhas “e não tinha condições nenhuma de criar as três filhas. Porque o pai não assumiu o papel de pai. Então minha avó resolveu dá minha mãe e depois minhas duas tias”. Informa ainda que sua mãe

Foi adotada com 10 anos de idade e aos 14 anos se envolveu com o filho da mãe adotiva e engravidou do meu irmão. Então minha mãe foi procurar minha avó e disse que estava grávida e que a sua mãe adotiva queria que minha mãe casa-se com o filho dela. Só que minha mãe não gostava do pai do filho que estava esperando e bem no dia do casamento acabou fugindo vestida de noiva. Ela pegou um taxi e foi até a casa da minha avó. Quando minha mãe chegou na casa da minha avó tomou um susto. Minha avó sem saber de nada escutou o que minha mãe tinha pra dizer. Minha mãe falou que estava prestes a se casar só que não sentia-se feliz com o casamento. Minha avó sugeriu que ficaria com o meu irmão para assim minha mãe trabalhar. Minha mãe conseguiu emprego em casa de família. Quando meu irmão completou 3 anos minha mãe engravidou do sobrinho da sua patroa um jovem que estava terminando sua faculdade de Reumatologista e nesse envolvimento todo ela resolveu contar pra minha avó que estava grávida só desta vez era uma menina essa menina sou eu. Quando eu nasci minha mãe não tinha condições financeira para cuidar de duas crianças porque o meu pai viajou para o estado dele então minha mãe foi na casa do seu tio paterno perguntar se queriam uma menina para adotar e interessados por já os filhos estarem todos criados acabaram me adotando.

Aos 4 meses de idade fui criada com muito conforto mais faltou uma coisa o “diálogo” porque não podia fazer o que sentia vontade de fazer que era conversa sobre vários assuntos que é muito importante hoje em dia e cresci recebendo palavra de que eu seria como minha mãe, ou seja teria vários filhos.

Érica continua seu relato dizendo que na casa dos seus pais adotivos havia uma série de proibições em relação ao seu modo de se vestir. Ela acrescenta que sua mãe sempre acompanhou seu crescimento porque ela passava suas férias escolares com ela. Lá ela “podia

usar bermudinha e passar batom eu me sentia muito feliz. Quando eu voltava para casa da minha mãe adotiva já ficava triste. Aos 14 anos acabei entredendo em depressão não queria estudar. No meu pensamento ‘era tirar minha vida’”.

Érica conta que sua mãe adotiva a devolveu para sua mãe biológica. Acrescenta que em um dia se desentendeu com sua mãe e ao sair da escola resolveu não voltar para casa, ficando em um ponto de ônibus até a noite, quando apareceu um taxista e a levou para uma boate, onde conheceu uma mulher que lhe apresentou a prostituição. Ela acrescenta que “aquelas palavras que minha mãe adotiva dizia para mim, que quando eu estivesse maior de idade aquelas palavras acabaram se concretizando”.

Érica diz que aos 17 anos começou a trabalhar na casa de uma senhora, que pediu para ela não se envolver com seu filho. Ela conta que “engravidei do filho dessa senhora quando minha família soube ficaram contra mim”. Acrescenta que passou toda sua gestação na casa daquela mulher que trabalhava na boate. Finaliza dizendo que após o nascimento desse filho, ele foi entregue a “uma família que estava a procura de um menino ainda bebê”.

Através do que consta nos registros do prontuário de Érica, vemos como ela tem o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas como referência quando se encontra gestante devido aos conflitos existentes com seu companheiro. Através dos registros das técnicas das diversas instituições pelas quais Érica passou, não há informações se ela mantém contato com demais familiares, apenas há a presença do esposo, sendo que sua relação com ele é marcada por conflitos. Inclusive em sua primeira passagem pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas no ano de 2013, sua saída com a recém-nascida não se deu para casa de familiares e, sim, para um outro Centro de Acolhida para Adultos.

Em relação ao que Érica conta sobre sua história, é possível notar como houve uma repetição geracional no que se refere ao ato de entregar filhos. Primeiro sua avó, depois sua mãe, em seguida, ela própria. Sobre esse aspecto, Sarti vai dizer que

Dentro das possibilidades com as quais conta uma mulher que engravida e que, na sua concepção, *não tem condições de criar o filho* está o aborto, nem sempre moralmente aceito, ainda que se justifique por necessidade, como foi comentado. Em função desta interdição moral, *dar os filhos para criar* é uma alternativa aceitável dentro de seus códigos morais, não sendo necessariamente expressão de um desafeto (1994, p. 109).

Nota-se que há uma relação de dependência de Érica com o seu esposo, e aqui pode-se levantar a hipótese de que talvez por ele ter assumido “responsabilidade por ela e por sua filha

(3 anos)” o que viabilizou sua saída de um acolhimento para pessoas em situação de rua. Há a informação de que ela já estava trabalhando com serviços gerais na igreja da região onde estava acolhida, no entanto, após conhecer seu atual companheiro “não voltou a trabalhar formalmente”. Percebe-se nos registros que há queixas de Érica com relação aos cuidados com as crianças, que tem a ver com a questão da sobrecarga da maternidade, expressos nos relatos “não tem auxílio nas atividades diárias com os filhos”, “conta que pede ao companheiro que lhe ajude, mas que não se mostra colaborativo” e “Afirmava cuidar dos demais filhos do casal e insistia que Érica deveria lidar com tais questões sozinha”. Há um registro em que informa sobre a presença de uma prima que reside ao lado de sua residência, o que demonstra como na maior parte dos casos em que o genitor “assume” os cuidados com os filhos, há sempre a presença de uma figura feminina. Contudo, não há maiores informações nos registros sobre essa prima e se realmente ela dá o suporte necessário para Érica e seus filhos, tanto é que na maior parte dos desligamentos de Érica da instituição, os motivos são sempre a preocupação em relação aos filhos.

De acordo com informações da ficha de acolhimento de **Isabel**, ela é uma mulher negra, com 33 anos, heterossexual, possui ensino fundamental completo, já trabalhou como “diarista” e estava gestante de mais ou menos 3 meses da sua quarta gestação (16 e 15 anos com avó paterna, terceira gestação foi aborto), quando foi encaminhada para o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas do NPJ/CREAS da sua área de procedência em 27/08/2018. No relatório do serviço, consta que que Isabel

Procurou este serviço solicitando vaga de acolhimento. Menciona que veio de Piracicaba há mais ou menos 2 anos, que residia com o esposo em casa alugada na Vila Maria, que em Piracicaba deixou dois filhos de 15 e 16 anos, aos cuidados da sogra. Porém, o conflito com o esposo é constante e por duas vezes saiu de casa para residir em acolhimento e sempre voltava, acreditava que o mesmo ia mudar, pois faz uso de substâncias ilícitas e como sendo uma doença acreditava na mudança. Refere que a 5 dias o mesmo foi preso e a dona da casa não aceitou que ela retornasse, ficando em situação de rua. Menciona que está gestante, não sabe referir de quanto tempo gestacional, porque não está com endereço fixo para iniciar o pré-natal.

Há registro da assistente social que em certo dia foi realizado contato com a ex-sogra de Isabel,

Não aceitou muito bem o contato, dizendo que a “safada” abandonou os filhos e que ela que teve que assumir todas as responsabilidades dos netos, ao ser questionada sobre seu filho, a mesma diz também que é

outro “safado”, e que não quer nenhum contato com Isabel, que os filhos não querem contato com sua mãe.

No entanto, em um relatório da psicóloga do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas solicitando transferência da usuária para um Centro de Acolhida para Adultos datado de 09/10/2019, após 1 ano e 2 meses que Isabel estava acolhida consta que ela deu à luz seu recém-nascido em 17/04/2019 e permaneceu na instituição

durante seu período gestacional e pós, aceitando todos os encaminhamentos indicados, realizou acompanhamento pré-natal no Ambulatório de Pré-Natal do Amparo Maternal, realizou inscrição para Cadastro Único (CRAS Vila Mariana) e já recebe o benefício Bolsa Família [...] A convivente demonstra bom vínculo materno filial e apresentou-se participativa das atividades desenvolvidas pelo Centro de Acolhida [...] O vínculo com a sogra e os filhos estavam muito fragilizados quando chegou a este dispositivo socioassistencial, todavia aos poucos Isabel conseguiu reaproximar-se da avó dos adolescentes. Planejava retomar os cuidados sob os filhos, mas a sogra era contrária a esta hipótese. Recentemente, Alice (15 anos) passou a apresentar problemas de comportamento na escola, levando a avó a considerar abrir mão dos cuidados da jovem. Pediu então que Isabel assumisse tal responsabilidade, porém a puérpera ainda está em processo de construção de uma casa no bairro do Grajaú, para onde pretende mudar-se com o filho menor, bem como aguardar pela liberdade do companheiro (Grifos meus).

A psicóloga finaliza dizendo que

Diante de tal situação, foi solicitado ao Srs. (...) que avaliassem receber Isabel, Diego e Alice em vosso serviço, porém a usuária fez acordo com a sogra para manter a adolescente no município de Piracicaba, evitando a perda do ano escolar, mas com a hipótese de que se não for observada melhora do comportamento, Isabel assuma os cuidados da filha a qualquer momento.

Dessa forma, em 10/10/2019 ela e o recém-nascido foram transferidos para um Centro de Acolhida para Adultos.

Na história de Isabel, verificamos que houve a solicitação de transferência para outro acolhimento porque ela já não se encaixava mais no perfil da instituição, que prevê a permanência da mulher gestante ou com seu recém-nascido por até seis meses. Isabel permaneceu no serviço por 1 ano e 2 meses. Além disso, haveria a possibilidade de a filha adolescente da usuária vir a permanecer com ela, o que não é permitido no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. Outrossim, percebe-se como é ressaltado o “bom comportamento” de Isabel, expresso no fato de realizar o acompanhamento pré-natal, ter

realizado inscrição no Cadastro único e por “demonstrar bom vínculo materno-filial” para justificar o pedido de transferência para outro serviço. Aqui vemos como a permanência do recém-nascido com sua mãe é viabilizada porque ela irá para outro acolhimento.

De acordo com a ficha de acolhimento de **Ana**, ela é uma mulher negra, com 20 anos, homossexual, é fumante desde os 9 anos, informou uso de maconha dos 16 aos 18 anos, possui ensino médio completo e já trabalhou como Operadora de Telemarketing. Em sua ficha, há um telefone de contato da namorada. Foi admitida no Centro de Acolhida em 04/03/2020, encaminhada do CREAS Vila Mariana (Núcleo de Proteção Jurídica, Social e Apoio Psicológico) quando estava na sua primeira gestação, aproximadamente 7 meses.

Há registro da técnica do Serviço Social em 30/03/2020 que

a gestante solicita atendimento para esclarecer os critérios do Programa Minha Casa Minha Vida. Sanadas as dúvidas, manifesta o desejo de agendamento no CRAS para inclusão no Programa. Além disso, solicita orientação sobre registro de nascimento de casais homoafetivos e comprovação de união estável. Dada a demanda dos assuntos orientação será dada no próximo atendimento.

Há registros de autorizações para saídas particulares (casa de amigo) e consultas de pré-natal, registro de consulta com psiquiatra, uso de sertralina (registro da psicóloga), registros de saídas para consultas médicas. Consta registro do Serviço Social em 30/04/2020 que Ana foi “orientada quanto às regras para inclusão do nome da companheira no registro de nascimento do(a) bebê. Segundo pesquisa, registro de nascimento em casais homoafetivos somente mediante ação judicial para inclusão do nome da companheira”. Há registro da psicóloga em 06/05/2020 que

a usuária solicitou atendimento a respeito do recebimento do auxílio maternidade em contraposição ao auxílio emergencial. Foi orientada que, considerando o perfil para recebimento do auxílio maternidade, não há possibilidade de realizar CadÚnico ou solicitar auxílio emergencial neste momento. Menciona que queria saber de que forma receberia mais, entre outras dúvidas pontuais que foram esclarecidas, bem como ciente de que somente após término do período de recebimento do salário maternidade, caso continue desempregada, poderá considerar agendamento de CadÚnico e solicitação de benefícios para os quais seja elegível.

Há registro em seu prontuário de que “a convivente deu à luz no dia 10/03/2020 a um recém-nascido do sexo masculino”. No seu termo de desligamento datado de 11/07/2020 assinado por Ana, ela coloca como motivo “aluguei uma casa”. Na ficha de acolhimento

registrado pela técnica está como motivo de desligamento “saída com recém-nascido para moradia autônoma com companheira”.

No prontuário de Ana, podemos notar que os registros dos atendimentos técnicos estavam mais voltados a orientações sobre direitos civis, trabalhistas e benefícios sociais. Importante ressaltar que em sua ficha de acolhimento há a informação “Telemarketing” no campo profissão e vemos através dos registros que ela estava recebendo o salário maternidade, o que de certa forma pode ter viabilizado sua autonomia.

Na ficha de acolhimento de **Sandra** consta que ela é uma mulher parda, com 35 anos, possui o ensino fundamental incompleto, já trabalhou como auxiliar de limpeza, está em situação de rua há 2 meses, é fumante desde os 30 anos, faz uso de substâncias psicoativas (cocaína e álcool) desde os 25 anos, é diagnosticada com Depressão e deu entrada no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas após ser transferida de um Centro de Acolhida para Adultos no dia 21/12/2017. Em entrevista social realizada em 20/02/2018 consta que Sandra “foi encaminhada pelo CA (...), onde permaneceu alguns dias, e ao ser descoberta a gestação foi encaminhada para o Centro de Acolhida do Amparo Maternal”. Em relação ao seu histórico familiar

Relata que foi criada por uma tia “Ana”, pois sua genitora trabalhava em casa de família e não tinha como cuidar da filha, esta tia não podia ter filhos e cuidava de Sandra e do irmão mais novo Gael [...] **Refere que não tem bom relacionamento com o tio “José”, e que teve episódios que prefere não falar**, e que por este motivo não mora junto com eles [...] O primeiro relacionamento, conheceu o rapaz “Jorge” relata que o esposo sempre se envolveu com coisas erradas, roubo e ficava sempre preso, com quem se relacionou e teve a sua primeira filha “Fabiana” hoje com 14 anos, mora com sua avó paterna, chegaram a se casar e ficaram juntos durante 16 anos, desta relação tiveram mais 3 filhos, que hoje estão sob os cuidados da avó paterna, mantém contato com os filhos [...] Em seu relato refere que já tentou suicídio 3 vezes [...] Relata que já teve vontade de se matar, fazendo uso de uma caixa de medicamento do que ela faz uso, dentro do Centro de Acolhida [...] **Sandra relata que sempre trabalhou fora e mantinha os filhos, devido ao companheiro estar em situação de reclusão [...] Devido a perda do último emprego, e sem condições de manter o aluguel e os filhos, buscou por acolhimento junto com os mesmos**, ficou acolhida no CAE (...), por um período de 5 meses, e relata que neste período foi quando piorou o uso de substância ilícita e lícita. Em determinado dia, sobre o efeito do uso, chegou ao CAE e queria agredir uma outra convivente, foi acionado o Conselho Tutelar, e os filhos foram deixados para os cuidados da avó paterna (Grifos meus).

Em relação ao pai do filho que estava esperando, consta em registro da entrevista social que ele trabalha como monitor em um Centro de Acolhida no Brás e Sandra

Conheceu seu Santos, em uma balada, Sandra diz que ficava com Gaspar, Africano, e que em uma balada acabou ficando com Santos, e não se preveniu de onde gerou esta gestação [...] Em seu relato, informa que tem medo de não dar certo, de não conhecer o rapaz a tanto tempo, e fala que Cintia [outra convivente] diz que ele vai cuidar dela, e ainda informa que não gosta dele e que não tem amor por ele, trouxe celular e deixou dinheiro com ela.

Em relação a maternidade **“Traz dúvida sobre a entrega do filho [...] tem vontade de sumir e deixar o RN [...] Informa que seus familiares não sabem da gestação, nem os filhos, sogra e pai e não sabe se eles irão aceitar a atual gestação”** (Grifos meus).

Em um atendimento realizado pela assistente social no dia 20/03/2018 há um registro em que Sandra informa que discutiu com o seu pai, pois este descobriu sua gestação. Está registrado ainda que

Mãe desconhece de sua situação atual, sofreu AVC há alguns anos, acredita que a filha encontra-se morando em uma casa alugada com os filhos e em decorrência dos desentendimentos com o pai não há possibilidade de retorno ao convívio familiar.

Sandra mostra-se preocupada com os filhos de 15, 13, 11, 3 anos que estão sob os cuidados de sua ex-sogra, menciona preocupação com o filho de 3 anos fruto de outro relacionamento, teme que lhe seja tirado os filhos, refere ter feito uso de álcool abusivo e que por este motivo foi aberto “processo” junto ao Conselho Tutelar (sic) e na época procurou pelo órgão, porém nada foi dito a respeito. Fornecido a gestante contato da Vara da Infância e Juventude para que seja feito contato com o Serviço Social, a fim de certificar quanto possível processo.

Referente a atual gestação, conta que o pai do bebê (africano) reside no Centro de SP em um pensionato deseja assumir a paternidade e alugar uma casa para Sandra e todos os seus filhos, porém teme, já que o seu segundo companheiro (pai de seu filho de 3 anos) a agrediu fisicamente com uma faca.

Em documento intitulado “Relatório de Motivos de Saída – Nominal” emitido em 21/12/2017 à 23/03/2018 consta que nessa passagem de Sandra teve uma saída em 04/02/2018 após passar 46 dias pelo motivo de “Saída sem justificativa abandono ou desistência”. Consta que deu nova entrada em 05/02/2018 e saiu em 24/03/2018, permanecendo 48 dias e saindo pelo mesmo motivo anterior.

Na história narrada no prontuário de Sandra nota-se a ênfase que as técnicas dão ao fato de que ela “sempre trabalhou fora e mantinha os filhos, devido ao companheiro estar em situação de reclusão [...]”, o que demonstra como há nos registros das técnicas uma concepção moral sobre o papel da mulher e o papel do homem. Ao realizar um estudo sobre a moral dos

pobres na periferia de São Paulo, Sarti (1994) procurou compreender com quais categorias morais os pobres organizam, interpretam e dão sentido a seu lugar no mundo. Assim, observou e entrevistou moradores de um bairro da periferia de São Paulo sobre sua vida na família e no bairro, além de sua concepção do trabalho. No que se refere ao lugar de homem e lugar de mulher, a autora constatou que

O homem é considerado o *chefe da família* e a mulher a *chefe da casa*. Esta divisão complementar permite, então, a realização das diferentes funções da autoridade na família. O homem corporifica a ideia de autoridade, enquanto mediação da família com o mundo externo. Ele é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar. Sua presença faz da família uma entidade moral positiva, na medida em que ele garante o *respeito*. Ele, portanto, responde pela família. Cabe à mulher outra importante dimensão da autoridade, manter a unidade do grupo. Ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar. É a *patroa*, designação que revela o mesmo padrão de relações hierárquicas na família e no trabalho (1994, p. 78).

Sarti aponta que quando “a mulher assume a responsabilidade econômica da família, ocorrem modificações importantes no jogo de relações de autoridade e efetivamente a mulher pode assumir o papel masculino de ‘chefe’ (de autoridade) e definir-se como tal” (1994, p. 84), como ocorreu com Sandra, quando seu esposo foi preso e ela teve que assumir o papel de chefe e provedora da família. No entanto, quando ela perdeu seu emprego e não teve mais condições de manter o aluguel e seus filhos, ela procurou por um serviço de acolhimento, onde devido a conflito com outra convivente, foi acionado o Conselho Tutelar e as crianças ficaram sob a responsabilidade da ex-sogra. Sobre esse aspecto, Sarti diz que

Tal como acontece o deslocamento dos papéis masculinos, os papéis femininos, na impossibilidade de serem exercidos pela mãe-esposadona-de-casa, são igualmente transferidos para outras mulheres da família, de fora ou dentro da unidade doméstica. O exercício dos papéis sexuais, nos casos em que se desfaz a relação conjugal, passa para a rede familiar mais ampla, mantendo o princípio da complementariedade de papéis, transferidos para fora do núcleo conjugal. Nestes casos, além dos familiares consanguíneos, tem um papel importante a instituição do compadrio (1994, p. 86).

Na história de Sandra, vemos que a ex-sogra é quem cuida de seus demais filhos, há conflitos entre ela e seu pai, sua mãe desconhece a situação atual da filha e, diante disso, a mulher manifesta o desejo em realizar a entrega voluntária do bebê que está gerando, fruto de um relacionamento pontual com o Sr. Santos, a quem ela já afirmou não “sentir amor por ele”.

Através dos registros das técnicas durante esse período de acolhimento, não dá para saber se ela realmente optou por essa entrega, tendo em vista que quando ela saiu da instituição, ainda se encontrava gestante.

Nas histórias de Bruna, Larissa, Fernanda e Érica foi possível identificar que apesar dos conflitos existentes com seus respectivos familiares, elas ainda os tinham como referência. Assim, o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas foi uma referência para essas mulheres quando suas famílias se encontravam em situações de intensos conflitos entre seus membros.

4.1 Valéria e Gabriela: Paternidade em xeque

Segundo informações na ficha de acolhimento de **Gabriela**, ela é uma mulher negra, com 18 anos, heterossexual, possui ensino médio incompleto, não é fumante e não faz uso de substâncias psicoativas. Em seu prontuário há contatos telefônicos da cunhada e do pai de sua outra filha (2 anos), estava com 11 meses da sua segunda gestação. Há o registro de uma entrevista social informando que “a gestante nasceu em São Paulo, foi criada pelos pais, os cuidados eram feitos pela avó materna até os 8 anos, devido os mesmos trabalharem fora”. Acrescentam que Gabriela informa que “o seu pai tomou conta de tudo que é direito da sua mãe, sempre muito submissa, o pai e a mãe tem uma relação onde ela é vítima de agressão verbal, e os filhos também”. A técnica registra ainda em relação as condições econômicas “Família com estrutura financeira boa, tem casas de aluguel e casa própria [...]”.

Durante a entrevista com a técnica, Gabriela informa que aos 14 anos teve seu primeiro relacionamento com um rapaz de 21 anos, o pai não aceitava o namoro e a colocou para fora de casa após ela descumprir uma das regras em relação a horário de encontro que ele impôs (em relação ao pai de Gabriela, consta que ele era “natural do Nordeste, muito rígido com costumes tradicionais da região”). Assim, Gabriela foi morar junto com o rapaz e após 1 mês engravidou da primeira filha, “e moravam 7 meses juntos, antes do nascimento da filha voltou a morar na casa dos pais, onde permaneceu até descobrir a segunda gestação, fruto de um breve relacionamento e buscou por este dispositivo para acolhimento”. Em registro posterior da técnica, há a informação de que o pai não aceitou a atual gestação e por isso a expulsou de casa, o que fez com que Gabriela procurasse espontaneamente, através de site, o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em 15/10/2018. Em relação ao genitor da atual gestação,

o mesmo deseja realizar o teste de paternidade, Gabriela tem contato com a mãe do rapaz, que afirma que irá ajudar caso a filha seja dele, chegaram a marcar teste de paternidade, mais devido os riscos e o valor, acordaram de fazer pós o nascimento (Grifos meus).

Foi possível identificar no prontuário que a única visita que Gabriela recebia era da tia por parte do seu pai, “a mãe diz que vem visitar quando ela dar à luz, em suas saídas particulares recebe a visita da sua mãe na casa da sua cunhada, não faz visita para o pai e não deseja manter contato”.

Há a informação de que Gabriela desligou-se do serviço “para ocupar vaga de trabalho informal como babá” em 15/03/2019. Assim, permaneceu 5 meses no serviço e não consta se sua saída se deu para casa de familiares, amigos ou aluguel. Ela ainda estava gestante quando saiu. Como tratava-se de um trabalho informal como babá, há a hipótese que ela pode ter ido morar na casa onde exerceria as atividades de cuidado.

No prontuário de **Valéria**, há a informação de que ela é uma mulher negra, com 35 anos, heterossexual, possui ensino fundamental incompleto, já trabalhou como doméstica, não é fumante e não faz uso de substâncias psicoativas, tem 3 filhos (16 e 15 anos estavam com a tia e a de 11 anos com ex-cunhada) e estava com 4 meses de gestação. No relatório de um Centro de Acolhida para Adultos que a encaminhou ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas em 05/09/2018, em relação ao “seu histórico de vida e conjuntura familiar” consta que Valéria possui três irmãos, sendo um homem e duas mulheres, uma dessas irmãs estava com a tutela de seus dois primeiros filhos. Em relação a sua terceira filha “ressalta estar sob os cuidados de seu ex-cunhado que reside com a esposa”. Acrescentam que seus pais são falecidos e ela foi criada por suas irmãs em uma comunidade. Há o registro de que Valéria

Ressalta ter convivido com seu ex-companheiro e os 3 filhos em casa cedida pela sua irmã, mas, afirma que o mesmo colocava as crianças para fazer vendas no farol...(sic), bem como, sofriam violência física e psicológica. Afere que, em um dos conflitos, ao qual seu ex-companheiro iria agredir seu filho, sua irmã interferiu e não permitiu tal ação, informando ainda que não poderiam mais continuarem residindo no local, todavia, as crianças permaneceram aos seus cuidados. Sra. Valéria menciona que neste conflito ela estava defendendo seu filho, tentando evitar a agressão ou uma tragédia maior (sic). Face ao exposto, passou a estar em situação de vulnerabilidade social.

Acrescentam que

Após algum tempo, a acolhida verbaliza ter mantido um relacionamento de 8 meses ao qual ficou grávida, a priori, não mencionou o nome do

companheiro, no entanto, **após informar ao companheiro sobre a gravidez, o mesmo não aceitou pondo em dúvida a paternidade**, e em decorrência de tal comportamento, cortou os próprios cabelos como se auto punisse [...] Informa ter buscado ajuda das irmãs, sem informar sobre a gravidez, mas sem êxito” (Grifos meus).

Consta que Valéria “solicitou um lenço para colocar na sua cabeça, verbalizou e mostrou sua cabeça que cortou os cabelos bem curtos após o genitor de seu bebê não querer assumir a paternidade e exigindo o DNA”.

Informam ainda que

Sra. Valéria verbaliza sobre a visita do genitor do bebê que está esperando, Sr. Bruno. Menciona que após uma longa conversa chegaram a um acordo, vão permanecer juntos. O companheiro afirmou a esta equipe que assim que possível (quando conseguir se estabilizar) vai levá-la para que possam residir juntos, no entanto, no momento será necessário permanecer acolhida.

Assim, segundo as técnicas do Centro de Acolhida para Adultos, foi solicitado vaga no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, “onde percebemos que, Sra. Valéria terá um acolhimento mais adequado para suas demandas”.

Em 07/03/2019 consta um email enviado ao Serviço Social do Hospital Amparo Maternal que a gestante “durante este período apresentou o desejo de abrir mão do pátrio poder”. Ressalta ainda que receberam no Centro de Acolhida, “o provável genitor da atual gestação”, junto com sua irmã. “Diante do desejo de assumir a guarda, foram orientados junto com a gestante sobre o processo via judicial”. “Com a aproximação do parto vimos solicitar que seja garantido os seus direitos”.

Há registros de visitas do suposto pai do bebê, do filho mais velho, de um amigo.

Há registro da técnica de Serviço Social em que Valéria

Traz falas com muita dor, do passado e os maus tratos realizados pelo companheiro para com os seus filhos, e a mesma se culpa, apresenta muito choro, e diz que não consegue esquecer do que ele fez com os filhos e a culpa é dele por ela ter perdido a guarda.

Consta registro da técnica do dia da visita do Sr. Bruno e sua irmã,

O mesmo se apresenta como provável genitor da atual gestação, a irmã informa que a família deseja a guarda caso a criança seja dele, chamei a gestante para participar da orientação, a mesma relata que o mesmo expôs a companheira na UBS quando ela ficou sabendo da gestação, **que só reconheceria a paternidade através de teste DNA**, ambos estavam juntos pelo relato há quase 2 anos. Valéria deseja fazer a

entrega do bebê, e permite que eles sejam parte do processo e caso mesmo seja o genitor permanecer com a guarda do bebê (Grifos meus).

Consta no registro da psicóloga que

Sobre o bebê que está gerando, indica que houve conflito com atual companheiro, o qual duvidava da paternidade do nascituro. Recentemente reaproximaram-se e em visita, **ele lhe apresentou sua irmã que tem problemas de fertilidade e ofereceu-se para cuidar do bebê.** (Grifos meus)

A psicóloga acrescenta ainda que Valéria

Retomou aspectos de sua história, relatando relacionamento abusivo com primeiro companheiro, pai de seus 3 filhos, os quais hoje estão sob os cuidados de familiares. Conta que o ex-marido é alcoolista e exigia que os filhos pedissem por dinheiro em faróis da região, bem como os impedia de comer, mesmo quando havia comida na casa. Não conseguia obter emprego, pois devia ficar com as crianças e monitorar situação escolar porque esse se recusava a fazê-lo. O Conselho Tutelar se colocou a par da situação e veio a indicar que os filhos fossem entregues aos cuidados de familiares [...] Traz ressentimento em relação à irmã, a qual deixou que Valéria, o marido, os filhos residissem no local por mais de 10 anos e quando deu-se a resolução do Conselho Tutelar, pediu que eles saíssem de casa. O ex-marido encontra-se em situação de rua e não mantém mais contato com a mesma. [...] Convivente traz entendimento de que teria sido capaz de reorganizar-se, caso ficasse na casa com crianças, porém relata dificuldade de manter renda familiar, fazendo “bicos” esporádicos como diarista. Após ocorrido, passou a situação de rua e acolhimento institucional, mas manteve visitas aos filhos. [...] De todo modo, foi orientada sobre importância de trabalhar resgate de vínculos para reaproximação, considerando que traz como projeto poder viver com estes novamente.

Consta em relatório da equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas ao Hospital Amparo Maternal que “No dia 11/03/2019 a convivente deu à luz no Hospital Maternidade Amparo Maternal e, mantendo a intenção de desistência do poder familiar foi orientada e acompanhada pelo Serviço Social do hospital para o respectivo trâmite”. Assim, houve a entrega voluntária do recém-nascido. A técnica acrescenta ainda que Valéria “Após alta hospitalar voltou ao Centro de Acolhida até que pudesse organizar-se para o retorno à convivência familiar. Em 24/03/2019 formalizou seu desligamento”. Em seu termo de desligamento consta como motivo “voltando p/ família”; “Irmã”.

Os registros das histórias de Valéria e Gabriela exemplificam a importância dada pelos homens ao teste de DNA para comprovar a paternidade.

Segundo Strathern

[...] é inconcebível para os euro-americanos que um filho nasça sem mãe. Seja quem for que substitua a mãe mais tarde na vida, o fato do relacionamento entre mãe e filho é tornado auto-evidente pela factualidade também concedida a compreensão euro-americana de gestação e nascimento. Onde os progressos da medicina reprodutiva separam diferentes elementos do papel da mãe a nova problemática são as reivindicações competitivas de uma pluralidade de mães e não a possibilidade de filhos sem mãe. Não há necessidade de explicitar a necessidade de mãe do filho, e atribui-se as mulheres por sua vez a expressão de desejos naturais quando desejam ter filhos (1995, p. 311).

Já com relação a paternidade, Strathern aponta que

não se apoia no mesmo tipo de factualidade. A existência de um pai genético na vida do filho é presumida, mas o homem que é pai não é conhecido pelo mesmo processo que a mãe, na verdade a própria definição de paternidade introduz incerteza. É convenção cultural imaginar que o pai jamais pode saber na verdade que o filho de uma mulher é também seu – isso tem sempre de ser provado. No direito consuetudinário britânico o casamento com a mãe do filho é o meio aceito de validação, mas dentro ou fora do casamento há sempre a possibilidade de que uma criança nasça sem pai, por mais sofisticadas que sejam as técnicas de hoje mesmo a identidade genética tem de ser demonstrada e quando o é, a inseminação de doador – DI (do inglês donor insemination) introduziu o problema extra de saber se o pai genético deve ser reconhecido [...] (Idem).

A autora traz essas questões para demonstrar como

A ideia de um filho sem pai não provoca um sentimento de indignação moral. Na verdade descobrir quem é o pai de alguém pode ser tratado na ficção como um tipo de aventura psicológica. E enquanto muitas mulheres são desgraçadas por isso, **os pais podem na verdade abandonar os filhos desde o nascimento sem serem vistos como monstros desnaturados ou ameaças ao sistema social.** Todos os tipos de dano podem ser tidos como feitos ao filho – daí a Lei ao explicitar o bem-estar da criança explicitar a sua necessidade de ter um pai – mas ele é simplesmente relapso em seus deveres. Os atos do homem não são encarados como perversos.

O homem que abandona os filhos nega as implicações reprodutivas da relação sexual que os gerou. Contudo o fato de nascerem filhos da relação não classifica a saída dele como um ato monstruoso. Não se associa a isso nenhum sentido de patologia não mais do que se considera patológico um homem ter intercurso e gerar filhos dos quais pode jamais vir a saber ou cuja presença se recuse a reconhecer. Pode simplesmente negar que a consequência do intercurso – o filho – tenha alguma coisa a ver com ele (1995, p. 312, Grifos meus).

Sobre esse aspecto, vimos na história de Camila, contada no capítulo anterior, como as técnicas sinalizam que “o possível genitor do filho que Camila está gestando verbaliza impossibilidade de acolhê-la, já que é casado e sua companheira não permite, tendo em vista a situação extraconjugal”. Assim, claramente podemos supor que esse “possível genitor” não dará suporte ao bebê, negando assim “as implicações reprodutivas da relação sexual que o gerou”.

Fonseca em suas pesquisas em torno do teste de DNA no Brasil encontrou uma grande variedade de situações: “disputas envolvendo jovens solteiros e suas namoradas, homens casados e suas amantes, homens ‘amigados’ que se negavam a registrar seus recém-nascidos, ex-maridos que não queriam pagar pensão alimentícia.” (2014, p. 53).

Entretanto, todos os casos apontam o caráter eminentemente social (e não biológico) do sentimento paterno, pois passam, antes de tudo, pela relação que o homem tem com a mãe da criança. O sangue conta, sim – tanto que a paternidade “social”, na maioria dos casos, funda-se na crença de uma relação biológica –, mas há homens que, por não terem afinidades com a mulher, rejeitam qualquer relação com o filho. Por outro lado, há homens (em particular padrastos) que assumem o *status* paterno mesmo sabendo que não existe fundamento biológico algum para essa relação. Ao que tudo indica, a biologia nunca foi o *sinequa non* da paternidade – certamente não na perspectiva dos homens (Idem).

Segundo a autora,

Hoje, com a crescente importância legal desse teste e a possibilidade de saber “a verdade genética”, homens e mulheres não tem mais a mesma margem de manobra para negociar suas próprias histórias. Essa verdade, supostamente objetiva, é construída fora deles por processos bioquímicos, nos laboratórios médicos. Não são mais os fatos da vida social (relações, afetos) que definem o “verdadeiro” pai, mas, sim, os fatos biológicos que “revelam” os comportamentos (2014, p. 67).

No caso de Gabriela vemos como há o “caráter eminentemente social do sentimento paterno” pois passa pela relação que o homem tem com a mãe da criança. Nesse caso, como foi um relacionamento breve, sentiu-se a necessidade de recorrer ao teste de paternidade. A criança somente terá o suporte financeiro e familiar do genitor, se for comprovada a filiação mediante teste de DNA.

Já no caso de Valéria, percebe-se que antes mesmo de ter a comprovação da filiação mediante o teste de DNA, houve a mudança repentina de comportamento em relação a

paternidade do “suposto genitor do bebê” atrelada ao fato de ele possuir uma irmã que tem problemas de fertilidade e se ofereceu para cuidar do bebê.

4.2 Cleide, Daniela e Francisca: Maternidade e Uso de substâncias psicoativas

Como vimos no capítulo 1, ao analisar os prontuários das 17 mulheres, foi identificado que há 7 prontuários de mulheres que consta a informação que fazem uso de substâncias psicoativas sendo em sua maior parte de álcool, cocaína, crack e maconha, e há 7 prontuários em que há o registro que a mulher nega que faz uso de substâncias psicoativas, e em 3 prontuários não foi possível localizar essa informação.

Em alguns prontuários, foi possível identificar eventos que aconteceram na vida das mulheres que desencadearam o uso de substâncias psicoativas, como por exemplo na história de Daniela, em que no relatório da psicóloga do Hospital no qual ela deu à luz, há a informação que ela relata que “iniciou seu uso de drogas na adolescência, após a morte da mãe. Ficou bastante sozinha e numa situação de desamparo”.

A paciente relata que que já passou por períodos de 6 anos, depois de 2 anos de abstinência, mas vive recaídas¹⁵. Diz que seus filhos mais novos deixaram de morar com ela pelo fato dela mesma perceber que não estava bem para cuidá-los, e aceitar a ajuda que lhe era proposta. Daniela relata um histórico de depressão, o que, segundo sua percepção, lhe afeta de forma a buscar o uso de drogas. Ela conta que, nesta última gestação, usou de forma irregular, não diariamente, alternando períodos de abstinência com recaídas, buscando ajuda no CAPS em diversos momentos.

No prontuário de Cleide, há um registro dela em 09/08/2018 (Narcóticos anônimos “Fleury”) em que ela relata sua história. Inicia contando que “tudo começa aos meus 12 anos de idade, uma menina carente ao início do mundo das drogas”. Diz que

sai um dia de casa revoltada querendo atenção de pai e mãe, mas meu pai se encontrava no trabalho e minha mãe sabe lá Deus onde, acabei encontrando um conhecido sentado na favela ao lado do meu portão

¹⁵ Silva e Adorno ao examinar o conceito de “recaída”, amplamente utilizado no discurso terapêutico relacionado à abstinência e considerado parte integrante do processo de tratamento, identificaram que é um termo impregnado de conotações morais, pois implica que somente aqueles que já estiveram em uma situação de queda podem recair. Portanto, segundo os autores, o ato de recair não é um termo científico, mas sim uma expressão adotada por profissionais de saúde e, conseqüentemente, por usuários com problemas, familiares e amigos, que subjetivamente, contribui para estabelecer a ideia de “fraqueza” naquele que não conseguiu prosseguir no caminho, pois retrocedeu, ou seja, caiu de uma posição superior para uma inferior (2017, p. 96).

onde eu morava, ele estava fumando um mesclado, maconha com pedra, automaticamente perguntei se eu poderia dar uns dois no baseado dele, ele respondeu! não é basiado é um mesclado mesmo assim tornei a perguntar se eu poderia fuma, ele me deu aquilo na hora fez com que eu pensa-se o porque eu não tinha mãe. Eu era apenas uma criança querendo de qualquer jeito uma atenção de pai e mãe, graças a Deus sempre tive a atenção da tia Cristina só que pra mim não era o bastante queria minha mãe.

Já no prontuário de Sandra, consta no relatório informativo enviado do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas ao CREAS Vila Mariana em 01/10/2019 que ela “iniciou o uso de substâncias psicoativas – SPASs (álcool, cocaína) aos 29 anos após falecimento da mãe”.

E, por último, na história de Érica, ao realizar a análise do prontuário de 2013, consta em entrevista social que ela

Foi criada por pais adotivos, mais sempre manteve contato com a genitora, conforme foi ficando mocinha e seus pais adotivos muito rígidos, sempre acabava indo para casa da genitora, a mesma não era tão rígida, com 14 anos iniciou o uso de substâncias ilícitas, fumo e álcool, se demonstrando rebelde perdeu a virgindade com 17 anos, assim saindo com vários rapazes, até assumir-se como garota de programa [...].

Assim, embora Érica não relate, subentende-se que o uso de substâncias psicoativas foi como uma fuga, um ato de rebeldia, devido a rigidez dos pais adotivos.

Rui et al. em seu artigo fruto de uma pesquisa interdisciplinar e de caráter etnográfico na região que ficou conhecida como cracolândia, em São Paulo, que enfoca os usuários de crack e o cotidiano que os cerca, com o objetivo de descrever seus modos de consumo e suas formas terapêuticas próprias, observaram que muitos dos usuários de crack com os quais conversaram, associavam o início ou a intensidade do consumo da droga a momentos críticos, de ruptura, que podiam se associar a várias decepções e desilusões amorosas, familiares, assim como vimos nos registros acima. Os autores constataram através da constância dos elementos íntimos nos relatos dos usuários que a justificativa ancora o consumo de crack (ou sua intensificação) em episódios privados e subjetivos, as consideradas dores profundas, amargores e, não, em fatores sociais, como esperavam encontrar.

Nesse tópico, apresentarei os registros em prontuários de três mulheres, Cleide, Daniela e Francisca, as quais o uso de substâncias psicoativas permeou a construção das narrativas por parte das técnicas.

4.2.1 Cleide

Segundo informações na ficha de acolhimento de **Cleide**, ela é uma mulher branca, com 35 anos, homossexual, possui o ensino médio completo e faz uso de substâncias psicoativas (maconha, cocaína e crack) desde os 12 anos. No prontuário de Cleide, há o telefone de uma tia, Sra. Cristina. No relatório da equipe do Programa Redenção na Rua (Coordenadoria Regional de Saúde – Centro), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo (Campos Elíseos) em 12/06/2018, consta que Cleide estava em sua primeira gestação (7 meses) e vem sendo atendida pelo serviço há aproximadamente um mês,

através de uma sensibilização para que a mesma fosse até a UBS a fim de prosseguir com o pré-natal, assim sendo foi acompanhada até o referido local, porém, não deu continuidade as demais consultas.

Acrescentam ainda que

a gestante, relata que está em situação de rua, no território da Luz aproximadamente 9 anos devido a questão da dependência química e conflitos familiares. Ressaltando que durante todo esses anos de rua a gestante Cleide, informa que **em determinados períodos conseguiu se organizar financeiramente e ficou sem fazer uso de substâncias por vários meses, chegou até alugar uma casa e manter seu próprio sustento** (sic). [...]A referida verbaliza o uso de maconha, crack e cocaína esporadicamente, ressaltando que com o avanço da gestação está fazendo o uso apenas do CRACK (sic). (Grifos meus)

Prosseguem

Em abordagem social a **equipe realizou escuta qualificada e sensibilização no intuito de fazer a gestante compreender a importância de dar continuidade ao acompanhamento do pré-natal**. Cleide se mostrou apreensiva, interessada e disposta a retomar o acompanhamento. Solicitou a equipe auxílio para conseguir vaga de acolhimento e expôs seu interesse em ser encaminhada em acolhimento ao Amparo Maternal, até a chegada do seu filho. (Grifos meus)

Consta em um email enviado do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas para CRATOD em 27/07/2018 que a gestante esteve acolhida no serviço de 11/06/2018 à 21/06/2018, onde solicitou saída para emissão de documento e não retornou ao serviço.

No dia 25/06/2018 a equipe Redenção na Rua localizou a gestante e foi acolhida novamente. Contudo, permaneceu até o dia 20/07/2018 quando solicitou saída para emissão de documento e não retornou ao dispositivo.

Devido a idade gestacional avançada e considerando que provavelmente Cleide internasse para atendimento ao parto nos dias subsequentes, a equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas enviou relatório à Maternidade Amparo Maternal em 17/08/2018, informando que a gestante retornou ao serviço em 31/07/2018. Consta que

Durante período de acolhimento aceitou proposta de abstinência, porém nos momentos de seu desligamento refere ter recaído ao uso. Para redução dos danos associados à dependência química, a gestante tem evitado realizar saídas externas ao serviço.

Acrescentam ainda que

Em sua última saída do Centro de Acolhida, Cleide foi encaminhada pela equipe do Redenção na Rua ao CRATOD, sendo então conduzida para internação no Hospital Lacan. Após solicitar a alta e retorno ao CA foi realizada reunião entre equipes do Redenção e do Acolhimento, familiares e Cleide buscando definir projetos após nascimento do filho. Considerando que a gestante refere não ter condições de realizar saídas do serviço pelo alto risco de recair novamente ao uso, **foi definido que a opção mais segura seria iniciar tratamento da dependência química de forma intensiva, deixando o nascituro aos cuidados e guarda da tia Cristina.** Para tanto, Cleide está ciente que será necessário o encaminhamento de informativo sobre sua situação ao sistema judiciário pela equipe do Centro de Acolhida do Amparo Maternal.

Em discussão do caso em reunião do Grupo de Trabalho (GT) entre a rede de saúde mental da região Sudeste e equipes do Centro de Acolhida e Serviço Social da Maternidade Amparo Maternal, sugeriu-se a articulação com CAPS AD Brasilândia, no qual família é referenciada, para discutir a possibilidade de permanência de Cleide na Unidade de Acolhimento, próximo à casa da tia, realizando manutenção das visitas ao filho durante esse período.

Tal articulação está em andamento, bem como **foi acionada a Defensoria Pública neste caso, para que o melhor encaminhamento seja feito visando a garantia de permanência do nascituro no seio familiar** (Grifos meus).

Consta no prontuário um resumo de alta hospitalar do Hospital Lacan, onde Cleide permaneceu internada por 4 dias com diagnóstico de F19.2¹⁶, onde há a informação de que ela foi transferida para o serviço após apresentar “recaída quanto ao uso de drogas”. Acrescentam que Cleide “não deseja dar continuidade a internação e se recusa a tomar os medicamentos,

¹⁶ “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência” (MEDICINANET, 2023).

referindo que deseja prosseguir com o tratamento no amparo maternal. Há indicação que seja dado continuidade ao tratamento psiquiátrico em regime ambulatorial”.

De acordo com os registros acima, percebe-se que a atuação da equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas está ancorada na estratégia de saúde redução de danos¹⁷. Segundo Marcolino et al.,

Profissionais que atuam sob a lógica da redução de danos valorizam a construção conjunta de ações de saúde na perspectiva da autonomia do sujeito e corresponsabilização do cuidado, quando é essencial o estabelecimento de uma interação efetiva que considere a liberdade de escolha das pessoas e a suspensão de premissas repressivo-moralistas na compreensão das necessidades e no desenvolvimento de intervenções (2018, p. 259).

No relato de Cleide em 09/08/2018 (Narcóticos anônimos “Fleury”) escrito de próprio punho já citado acima, em que ela fala sobre o que motivou seu início no uso de substâncias psicoativas, ela informa ainda que aos 16 anos saiu da casa do seu pai e foi morar com uma primeira mulher, mais velha do que ela e já tinha 5 filhos, no entanto somente uma filha morava com ela. Acrescenta que essa mulher fazia uso de droga (crack). Diz que morou com ela por dois anos, após esse período voltou para casa de seu pai.

Conta que seu pai já estava morando com uma mulher, Sra. Paula. Acrescenta que quando a filha de Paula teve filhas, era ela quem cuidava, pois estava desempregada e a filha de Paula a pagava para ficar com as crianças. Nesse ínterim, uma amiga que ela não via há muito tempo entrou em contato com ela: “Fazia tempo que nós não se víamos quando eu a conheci ela namorava com um conhecido meu, nosso no caso”. Diz que marcaram encontro e com o tempo começaram a namorar. Cleide acrescenta que

Queria ser dependente de mim mesma de trabalhar e poder morar só com as minhas responsabilidades. Resolvi que iria morar com a Paloma ela aceitou só que até eu arrumar um emprego porque **Dona Soraia sua mãe não aceitaria nós morando juntas, ainda mais como casais então fui morar com ela como amiga por causa da dona Soraia** (Grifos meus).

Sobre esse aspecto, Andrade, utilizando-se das reflexões de Nádía Meinerz, vai dizer que

¹⁷ “A estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga” (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 585).

A invisibilidade social da homossexualidade feminina proporciona uma ambiguidade no que diz respeito às relações sexuais/afetivas: duas mulheres conversando na mesa de um bar podem ser vistas como um casal ou como duas amigas, dependendo da expectativa de quem as observa; muitos casais de namoradas passam por amigas perante aos familiares e à sociedade; isto é, há táticas e ações que são utilizadas em favor da invisibilidade (MEINERZ, 2005, p. 144). Para Nádia Meinerz, portanto, esta invisibilidade social “possibilita às mulheres estabelecerem as suas parcerias sem confrontar diretamente a norma heterossexual” (2005, p. 145) (ANDRADE, 2017, p. 96).

Cleide conta que logo conseguiu um emprego na mesma empresa em que Paloma trabalhava e, no primeiro mês, Paloma a ajudou a alugar uma casa próxima a sua na Zona Leste. Cleide conta que morou nessa casa por dois anos e nesse período Paloma a traiu com um rapaz que trabalhava na mesma empresa. Ela relata como se deu essa traição e a tentativa que ela teve de matar o envolvido. Esse fato culminou com o fim do relacionamento com Paloma.

No documento ela continua relatando outros relacionamentos com mulheres, dentre eles seu relacionamento com Lourdes. Conta que Lourdes já tinha duas filhas e ela foi morar com elas em uma casa próxima a casa de seu pai. Diz que

Meu pai me ajudava muito principalmente com alimentação. Todo domingo ele ia a feira ele passava lá em casa e deixava frutas já ajudava também 3 bocas que não eram nada dele, meu pai se ele tinha lá o preconceito dele nunca me discriminou meu pai era e é um grande homem ou melhor pai e eu não sabia, hoje queria ele do meu lado e não tenho, queria só um colo de pai.

Cleide conta que ficou casada com Lourdes por dois anos. Diz que a empresa na qual ela trabalhava faliu e ela ficou desempregada. Foi procurar bico com um conhecido que trabalhava como pedreiro

Conversei com ele se eu poderia trabalhar com ele como ajudante ele começou a rir e eu perguntei porque o motivo da rizada ele disse será que você aguenta trabalhar como ajudante de pedreiro respondi lógico que sim e eu tinha crianças em casa e eu precisava trabalhar. E assim trabalhei um tempo com ele mas não por muito tempo ele também era usuário de drogas.

Conta que quando terminou seu relacionamento com Lourdes, ela voltou a morar com seu pai, houve conflitos por conta do uso de drogas. Acrescenta que iniciou um novo relacionamento com Marcela. Diz que

As drogas ainda continuava me prejudicando, acabei indo parar em algumas Clínicas com a ajuda da minha tia Cristina e da Marcela. Fiquei alguns meses internada e quando sai fui morar com a Marcela [...] No começo nem foi tão difícil, mas quando a fissura me pegou novamente não consegui me controlar. Foi onde comecei a errar novamente com a Marcela e com minha tia pedia muito pra Deus mais parecia uma coisa aquilo era mais forte do que eu acabei fazendo tudo errado novamente e fui parar na rua mais uma vez. Foi quando resolvi procurar um alberg pra ficar e não ficar na rua mesmo assim minha tia Cristina continuou me ajudando. Foi quando acabei conhecendo a Cracolândia que lugar era aquele muito fácil para o uso das drogas, eu não conhecia nada por lá e nem ninguém ficava naquele lugar feito um bicho não conhecia a malícia dali [...]. (Grifos meus)

Cleide deu à luz a recém-nascido em 29/08/2018 e em 06/09/2018 foi enviado relatório social do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas à Defensoria Pública do Estado de São Paulo visando definição de guarda provisória do nascituro. Nesse relatório, há informações sobre o histórico familiar de Cleide. Diz que seus pais se separaram quando ela tinha 4 anos e o seu irmão 3 anos. Na ocasião, sua mãe decidiu voltar para cidade de origem no estado da Paraíba e seu pai pediu que ela não levasse os filhos, sendo definido em juízo a entrega de guarda destes ao pai. Acrescentam que o genitor contava com o suporte de irmãos nos cuidados das crianças, sendo a principal referência para Cleide e o irmão a tia paterna Cristina, os quais passaram a morar com a mesma pouco depois e o pai iniciou outro relacionamento, morando com a nova companheira, mas permanecendo próximo aos filhos.

Apesar de estar sob a responsabilidade civil de seu pai, quem realizava os cuidados com Cleide e seu irmão era a tia paterna, Cristina. Aqui vemos um exemplo do que Fonseca chama de *circulação de crianças*, quando as crianças passam a ser responsabilidade de toda a rede de sociabilidade na qual a família está inserida e não apenas dos pais. A autora diz que essa ação

pode também se contrapor à tendência masculina de se afastar do grupo familiar. Uma mulher acaba frequentemente abrigando filhos de um homem parente seu [...]. Com frequência uma mulher adota filhos, ou mesmo netos, de seu irmão. Como os homens têm a reputação de ser menos ativos no intercâmbio diário com parentes, mais passíveis de romper com o grupo de parentesco, não seria este tipo de adoção uma tática para reatar parentes agnatos ao grupo? (1995, p. 33).

As técnicas reiteram no relatório sua avaliação de que “Cristina mostra-se muito afetiva em relação à Cleide e Vinícius, bem como demonstrou disponibilidade e prontidão para oferecer suporte necessário ao tratamento da referida e acolhimento provisório do RN até reorganização

da genitora”. Em relação ao pai de Cleide, consta que Cristina informou que ele lhe oferece suporte financeiro para que possa auxiliar Cleide e o recém-nascido no que for necessário.

Acrescentam ainda que “a partir da análise da organização familiar, entende-se que o nascimento de Vinícius é um evento com potencial para reestruturar as relações, dando-lhe novos significados, tendo em vista que são revistos os papéis e implicações de cada membro”.

No que diz respeito a Cleide, acredita-se que a maternidade implica na ampliação de repertório, bem como caracteriza período de adaptação e elaboração de novos projetos.

Por fim, a elaboração de tal projeto está alinhada aos objetivos institucionais de promoção dos vínculos e proteção a mãe e bebê. Ainda em atenção ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), **reitera-se que a articulação feita para encaminhamento do caso à Vara da Infância visa a manutenção da criança no seio familiar** (Grifos meus).

No prontuário há uma declaração assinada por Cleide em que se registra que ela não se opõe à fixação da guarda provisória do seu filho para sua tia paterna, ressaltando que sejam fixadas visitas para que seja mantida a convivência entre ambos.

Há o registro de que em 06/11/2018 a tia paterna de Cleide obteve a formalização da guarda do recém-nascido. Foi enviado email para UBS e CAPS AD de referência do território da tia paterna constando essa informação e que “conforme acordo entre Cleide e familiares, a mesma decidiu-se por desligar-se imediatamente do Centro de Acolhida e passa a residir na casa da tia”. O email também reitera ao CAPS AD “a importância do acompanhamento pelo dispositivo, inclusive diante de comprometimento junto à Vara da Infância”.

Na história de Cleide, vemos que devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas, a equipe técnica avaliou conjuntamente com a rede socioassistencial que a sua situação deveria ser enviada para a Vara da Infância e da Juventude, tendo em vista a impossibilidade de uma alta em conjunto com o recém-nascido sem a garantia que ela teria condições de exercer sozinha os cuidados com o neonato. Apesar dessa constatação, a equipe técnica identificou que a mulher demonstrava possuir bastante vínculo com sua tia paterna, e esta também demonstrava vínculos afetivos com Cleide e o recém-nascido. Esse trabalho em conjunto culminou para que o poder judiciário determinasse que o recém-nascido ficasse sob a guarda provisória dessa tia, garantindo assim, sua permanência em seio familiar. Com relação a Cleide, foi determinado que ela faça acompanhamento no CAPS AD tendo em vista a possibilidade de no futuro conseguir de forma independente, realizar os cuidados com seu filho.

Menandro et.al. ao realizar entrevistas com três mães que acessaram o CAPS ad III em Vitória (ES) em situação de perda ou iminência de perda da guarda dos filhos a fim de analisar

como elas se referem ao processo de cuidar de suas crianças e a perda da guarda das mesmas, constatou que o cuidar para as entrevistadas vai além de prover necessidades materiais: é dar carinho, atenção, ou seja, a dimensão do afeto se sobrepõe aos aspectos materiais. Essas mulheres “avaliavam suas formas de cuidado positivamente, compreendendo que esse cuidado é desempenhado melhor por elas do que por outras pessoas, visto que está apoiado no afeto materno” (2019, p. 12).

As autoras identificaram que os discursos das mulheres expressaram as pressões sofridas através das instituições de saúde, educação, assistência social, para um cuidar padronizado. Há uma exigência institucional de padronização dos cuidados, tendo “uma tendência ao julgamento sobre os cuidados das mães aos filhos como inadequados e fora dos padrões” (2019, p. 13).

Na minha prática enquanto assistente social em um Pronto Socorro Infantil é possível identificar como é o atendimento por parte da equipe de Enfermagem às mulheres que fazem ou já fizeram uso de substâncias psicoativas e estão como acompanhantes de seus filhos internados. Em nome do “melhor interesse para a criança” avaliam que essas mulheres não tem condições de permanecer como acompanhantes de seus filhos, pois os colocam em situação de risco, devido as saídas frequentes do setor de internação para fumar, ao modo como estão vestidas, a forma como realizam a higiene e a amamentação das crianças, entre outros. Há uma pressão da equipe de Enfermagem para que o Serviço Social converse com essas mães, a fim de mantê-las ao lado de seus filhos, ou entrar em contato com algum membro familiar que tenha mais condições de cuidar da criança para revezar como acompanhante e até mesmo para que o Conselho Tutelar seja acionado para intervir em tais situações. Nessas situações, quando o Serviço Social vai conversar com a mãe, ela já se encontra bastante chorosa e nervosa, devido as constantes pressões da equipe. Assim, esclarecemos a equipe que quando a criança está internada é responsabilidade da unidade, e a permanência como acompanhante é um direito assegurado pelo ECA¹⁸, no entanto não tem caráter obrigatório, além de respeitar a especificidade e necessidades dessas mulheres, bem como suas formas de cuidar de seus filhos. A equipe rebate fazendo comparações com as demais mães, que permanecem com seus filhos 24 hrs, além de expor as dificuldades que a equipe tem de “ficar de olho” em um recém-nascido internado na ausência da mãe, como por exemplo a falta de recursos humanos.

¹⁸“Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 2011).

4.2.2 Daniela

No prontuário de **Daniela**, há a informação que ela é uma mulher parda, com 35 anos, heterossexual, possui ensino fundamental incompleto, tem ansiedade e faz uso de substâncias psicoativas desde os 17 anos (Crack, maconha, álcool). Consta que ela foi encaminhada ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas de um hospital em 22/08/2018, aonde deu à luz um recém-nascido do sexo masculino em 31/07/2018. No relatório do equipamento de saúde consta que ela refere que seu pai é desconhecido, sua mãe e irmãos falecidos, sendo que tem um irmão que ela não tem contato há mais ou menos 20 anos. Destacam ainda que consta em seu prontuário que ela faz uso de Crack, tabaco e álcool (usou Crack duas horas antes do parto). Teve sete gestações, sendo 2 abortos, quatro partos normais e um parto cesárea (17, 15, 4 e 1 ano, frutos de três relacionamentos). A filha de 17 anos mora com um companheiro, a de 15 anos com a avó paterna, a de 4 anos mora com o pai no Nordeste e a de 1 ano mora com sua amiga. Informam que Daniela relata que mora com seu companheiro, Sr. Carlos, há mais ou menos 2 anos, ele trabalha sem vínculo empregatício como gesseiro e eletricista, não é o pai do recém-nascido, mas Daniela afirma que ele irá auxiliá-los nos cuidados com o bebê. A equipe do hospital relata que realizaram uma entrevista com o companheiro da usuária e ele se apresentou como ex-companheiro dizendo que atualmente são apenas amigos. Diz que não é o pai biológico do recém-nascido, mas que tem intenção de “cuidar do bebê como pai”. Refere que fez uso de maconha e Crack, ficando internado por diversas vezes e teve várias recaídas, mas está “limpo” há 8 meses. Acrescenta que sua família não está de acordo com sua relação com Daniela e nem que ele cuide do filho dela, mas ele reforça que isso não é um problema para ele. No entanto, consta em relatório da assistente social do hospital que receberam

Uma senhora que não quis se identificar se apresentando apenas como irmã do Sr. Carlos, referindo ter sido proibida por seu irmão de comparecer ao hospital e conversar sobre a dinâmica familiar, a mesma solicitou sigilo. **A referida senhora relata que seu irmão e Daniela são usuários de crack, fazendo uso abusivo, que moram numa residência sem condições de moradia**, que sua família tem intenção de internar o Sr. Carlos, mas que não irão auxiliar Daniela tampouco o recém-nascido, verbalizando a intenção de colocá-los para fora de casa (Grifos meus).

Segundo Fonseca, “a fofoca serve para informar sobre a reputação dos moradores de um local, consolidando ou prejudicando sua imagem pública”. Em relação a importância da reputação, a autora traz a reflexão que

Face ao mundo exterior, a reputação consta como elemento importante nas investigações realizadas por policiais e assistentes sociais – para decidir o destino de uma criança pega por vagabundagem, de um adolescente detido por seu primeiro delito ou do bebê de uma mulher presa por atividades suspeitas. Se a pessoa não está “suja” (isto é, já fichada na polícia por um crime), a boa reputação junto aos vizinhos pode ser decisiva (2004, p. 23).

Aqui vemos como a “fofoca” foi decisiva para a equipe técnica colocar em dúvida a capacidade da mulher exercer a maternidade e, assim, acionar a Vara da Infância para determinar o destino do recém-nascido, pois a partir dessa informação a assistente social entende que **“Daniela não tem respaldo familiar e não reúne condições de cuidar sozinha do recém-nascido,** informamos que enviaríamos relatório para a Vara da Infância e Juventude de São Miguel onde deverá comparecer para atendimento com a equipe técnica tão logo seja convocada [...]” (Grifos meus).

A psicóloga relata que pôde perceber em um atendimento ao companheiro de Daniela, o cuidado e afeto dele em relação a ela e ao recém-nascido, e que ele

Manifesta interesse e desejo de assumir os cuidados do bebê junto à paciente, inclusive o adotando legalmente. Ele nos relata que, nos episódios que Daniela fazia uso de drogas, ele permanecia com as crianças (quando ainda moravam com eles) para que ela fizesse uso distante dos filhos, e afirma que ela nunca pôs a segurança dos mesmos em risco, tendo sempre sido uma “boa mãe” (sic). Foi evidente a reação de tristeza e preocupação do Sr. Carlos quando foi-lhe dito sobre a judicialização da situação da guarda de Gabriel.

A psicóloga conta que quando Daniela entendeu que a situação de seu filho irá para Vara da Infância, ela pôde perceber o “sentimento de intenso medo que Daniela vivencia, e tenta diversas formas para manter seu filho junto a si”. A técnica conta que antes mesmo que ela propusesse qualquer coisa, Daniela mesma pede a ela, pois “ouviu falar” sobre ONG’s que abrigam mães e bebês, e que **“se nós achássemos que ela deveria estar sendo ‘monitorada’ (sic), poderíamos enviá-la para um local como esse, que não haveria problema para ela, cujo único desejo no momento é a de permanecer com o filho”** (Grifos meus). Acrescenta ainda que Daniela trouxe falas como “O Gabriel veio para iluminar minha vida, pra me trazer mudanças” (sic), “fala também de sua fé e crenças religiosas, que sendo seu entendimento, lhe apoiarão em sua busca por uma vida melhor”.

A psicóloga finaliza seu relatório dizendo que avalia que o mais indicado neste momento é o abrigo conjunto de mãe e bebê, de acordo com o que é preconizado pelo ECA (1990) e suas posteriores atualizações com o Marco Legal da Primeira Infância (13.257 de 2016), pela Nota Técnica do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social (Nota técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos nº01/2016) e no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2016). A psicóloga acrescenta que

Segundo toda a legislação citada acima, podemos constatar que perda do poder familiar com abrigo institucional do bebê deve ser o último recurso a ser utilizado, após esgotadas todas as possibilidades de manutenção de vínculo com a mãe e família, a partir de criteriosa avaliação de situação de risco para a criança e de impossibilidade materna para exercer os cuidados. Além disso, cita-se nestes documentos a importância de preservação de direitos e oferta de assistência a toda a família, para que possam se estruturar de forma a receberem um bebê, e não separar a família e cuidar apenas da sobrevivência física da criança.

A psicóloga diz “Penso que após suas últimas gestações e partos, Daniela retornou ao ambiente habitual marcado pela vida desregrada e de uso de drogas” e acredita que

Um abrigo por tempo mais prolongado em ambiente de cuidados, apoio, atendimentos multiprofissionais, **neste momento propício de puerpério e reflexão, em que está em ligação intensa com o filho, tem grande potencial para que outros rumos possam ser vivenciados.** Entendo que este momento represente uma oportunidade para que façamos encaminhamentos que encorajem e potencializem seus desejos de mudança, levando-a a responsabilizar-se por si e pelo filho, mostrando-a que é digna de um voto de confiança (Grifos meus).

A psicóloga finaliza dizendo que

Penso que o Centro de Acolhida Amparo Maternal, instituição com grande experiência no acompanhamento de mães com histórico como o de Daniela, é o local mais indicado neste momento, e com atuação reconhecida no sentido de prover os cuidados necessários a ela e seu filho.

Assim, há uma determinação judicial autorizando a desinternação do recém-nascido “em favor de sua genitora, os quais deverão ser encaminhados pelo hospital ao Centro de Acolhida Amparo Maternal, devendo o hospital comprovar o recebimento de mãe e filho no referido centro de acolhida no prazo de 48 hrs”.

Já durante o seu acolhimento no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, foi enviado relatório da equipe técnica do serviço para o juiz em 14/01/2019 dizendo que

durante período na Instituição, Daniela foi encaminhada para acompanhamento com psiquiatra do Ambulatório de Pré-Natal do Amparo Maternal, bem como participa das reuniões do Grupo de Narcóticos Anônimos realizadas dentro da Instituição. Comprometeu-se também com a participação no grupo de Ajuda Mútua, desenvolvido por psicanalistas voluntários do Sindicato de Psicanalistas do Estado de São Paulo e está em acompanhamento individual com profissional do grupo. Daniela traz intenção de dar continuidade aos atendimentos na Clínica Social onde profissional atua, mesmo após seu desligamento do Centro de Acolhida[...] **No que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas, destaca-se que não foi observado sinais de uso ou mesmo de abstinência durante o período de acompanhamento** (Grifos meus).

A equipe técnica relata que a mãe e o recém-nascido estão tendo acompanhamento médico em UBS de referência no território de origem. Acrescentam que Daniela teve saídas frequentes para acompanhar as duas filhas mais velhas, bem como organizar a casa onde estavam para a posterior ida com o recém-nascido após desligamento do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas.

A equipe técnica avalia que “entende-se que está em condições de retornar à sua casa, estimulando o fortalecimento de sua autonomia e convívio familiar e comunitário”.

Acrescentam que

Para que seja possível aprimorar ainda mais as habilidades e reflexões desenvolvidas, indica-se a continuidade do acompanhamento pela rede de saúde, assistência e outros serviços locais das políticas, considerando que tem intenção de recolocar-se no mercado de trabalho e obter vaga de creche para o filho.

As técnicas finalizam dizendo que estão “**No aguardo por determinações e orientações quanto a possibilidade de desligamento da puérpera com seu filho**” (Grifos meus).

Há uma resposta do juiz em 24/01/2019 constando que o processo relacionado ao recém-nascido “já se encontravam arquivados em razão da inexistência de situação de risco, estando a criança amparada por sua genitora, nada a deliberar por este juízo”. Assim, na mesma data, há um Termo de Desligamento assinado por Daniela pelo motivo “Indo pra minha casa”.

Na história de Daniela, vemos como inicialmente há a informação da equipe técnica do hospital aonde ela deu à luz que não há respaldo familiar e, portanto, a situação foi enviada para a Vara da Infância e da Juventude, tendo em vista a impossibilidade de uma alta em conjunto com o recém-nascido sem a garantia que ela teria condições de exercer sozinha os cuidados com o neonato. Apesar dessa constatação, a equipe técnica avalia que há um vínculo afetivo entre Daniela e seu filho, e o desejo dela de permanecer com ele, informando, inclusive, que já tinha ouvido falar sobre instituições que acolhem mães e seus bebês, e que se a equipe achasse que “ela deveria estar sendo ‘monitorada’ (sic)”, poderiam enviá-la para um local igual esse. Percebe-se como a própria mulher, apesar de dar uma opção antes mesmo da profissional, introjeta em si o pensamento que não é capaz, e deixa suas escolhas nas mãos de profissionais que são vistos por ela como detentores de poder, capazes de fazer o melhor por elas. E os próprios profissionais se sentem como detentores de poder sobre as escolhas dessas mulheres, na medida em que a psicóloga fala “antes mesmo que eu propusesse qualquer coisa...”.

Dessa forma, a equipe técnica do hospital enviou um relatório a Vara da Infância e da Juventude com o parecer de que Daniela e seu filho deveriam ser encaminhados para o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, o que foi feito após determinação judicial. Após 5 meses de acolhimento na instituição, quando já estava deixando de ser perfil do serviço, foi enviado relatório ao juiz solicitando “determinações e orientações quanto a possibilidade de desligamento da puérpera com seu filho”. Importante notar como o discurso técnico demonstra como Daniela estava apta para exercer a maternidade, inclusive citam que em relação ao uso de substâncias psicoativas, “não foi observado sinais de uso ou mesmo de abstinência durante o período de acompanhamento”. Além disso, citam as saídas frequentes de Daniela para acompanhar as duas filhas mais velhas e organizar a casa para posterior saída com o recém-nascido. Assim, Daniela contava com respaldo familiar de suas filhas, o que viabilizou a sua saída, juntamente com o seu bebê, para uma casa.

Com a história de Daniela, percebemos o poder atribuído ao judiciário na determinação dos destinos das mulheres e de seus filhos, na medida em que a equipe já avaliava a possibilidade de a mulher ser desligada do serviço, mas precisou de uma autorização do judiciário para esta saída, que se deu no mesmo dia da determinação judicial.

4.2.3 Francisca

No prontuário de **Francisca** há a informação que ela é uma mulher parda, com 26 anos, heterossexual, possui ensino fundamental incompleto, tem histórico de uso de substâncias psicoativas desde 23 anos (maconha, com relato de abstinência há duas semanas), estava em sua sexta gestação (5, 4, 3 anos que estão com o pai, 1 aborto, e uma criança de 1 ano que está acolhida) e foi encaminhada ao Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas pela equipe do Consultório na Rua vinculada a uma UBS. De acordo com as informações presentes na pesquisa coletiva *Primeira Infância e Maternidade nas Ruas de São Paulo*¹⁹, elaborada pela CDHLG²⁰ em parceria com o Instituto Alana

O pré-natal, feito muitas vezes pelas equipes do CNRua, é um momento de mobilização da futura mãe para a necessidade de abandono ou controle do vício, da busca de uma rede de apoio com sua família, com o companheiro, se houver, e até mesmo nas estruturas de atendimento da saúde e assistência social do município (2017, p. 54).

No relatório do serviço, não há informações sobre retaguarda familiar, consta que a “usuária refere que está em situação de rua há um ano e meio” e que

Em 18/08/2020, por demanda espontânea, acompanhada pelo companheiro, recorre a UBS (...) informando que haviam dormido na chuva há dois dias após ação da Prefeitura para limpeza urbana, que por sua vez, retirou a barraca, seus cobertores e roupas. Neste momento, sensibilizada pela assistente social a manutenção da vaga e regras atuais dos Centros de Acolhimento para controle da pandemia COVID19 e continuidade no acompanhamento da gestação.

Em relatório enviado pela equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas ao CREAS Vila Mariana de 25/09/2020 consta que o companheiro de Francisca foi

¹⁹ A pesquisa teve como objetivo “compreender as políticas públicas voltadas às mulheres em situação de rua que, puérperas, muitas vezes, retornavam aos serviços de assistência social e territórios sem seus bebês. Investigar o que acontecia com as crianças, e como eram atendidas as mulheres, era o mote da pesquisa à época” (GOMES, 2022, p. 18-19).

²⁰ “A Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama é uma atividade de cultura e extensão da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, criada em 2009. Trata-se de uma iniciativa protagonizada por alunas e alunos que, estudando nos bancos de uma das instituições de ensino jurídico mais tradicionais do país, incomodaram-se com a ausência, em sala de aula, daquilo que o ensino clínico nomeia ‘currículo oculto’ das faculdades de direito: a realidade enfrentada por muitos brasileiros, atravessando as mais variadas temáticas dos direitos humanos. Entre elas, sobretudo, uma saltava aos olhos daqueles que circulavam pela Faculdade, situada no centro da cidade de São Paulo, sem jamais dialogar com ela: a realidade da população em situação de rua”. Disponível em: <<https://cdhluzigama.com.br/>> Acesso em 14 de mar. de 2023.

direcionado para vaga em Centro de Acolhida Emergencial. As técnicas acrescentam no relatório que

Desde o acolhimento de Francisca neste CAE, **observou-se que pela dinâmica do casal seria muito difícil que se mantivessem em equipamentos diferentes. Faziam arranjos para sair juntos para consultas e resolver outras questões**, sendo que em 29/08 Francisca solicitou saída para visitar os 3 primeiros filhos, os quais encontram-se sob os cuidados do genitor, seu ex-companheiro. A usuária retornou a região apenas no início da madrugada de 30/08, alegando fortes dores e já encaminhou-se ao Hospital Maternidade Amparo Maternal. Nesta ocasião, apesar de grande resistência, foi internada em trabalho de parto prematuro [...] **Em 02/09, usuária evadiu do Hospital, alegando que não ficaria sem o companheiro, já que havia limitação de horários de visita e também regras de permanência específicas do serviço de saúde**. No momento de sua evasão usuária mantinha dilatação do colo uterino de aproximadamente 5 cm e **recusando também a permanência no Centro de Acolhida, pediu pelo seu desligamento deste equipamento**. Observou-se comportamento agitado, impulsivo e grande resistência às orientações relacionadas ao risco de uma saída naquele momento (Grifos meus).

Importante ressaltar, que nessa época, devido a pandemia do COVID 19, em algumas maternidades não estava sendo permitido a presença de acompanhante, um direito assegurado a toda gestante durante o período de trabalho de parto.

Sobre a não possibilidade de permanência de casais no mesmo Centro de Acolhida, a pesquisa da CDHLG sinaliza que “a rede assistencial, no geral, abriga separadamente mulheres e homens, desconsiderando a necessidade de se priorizar a manutenção de vínculos familiares nestes casos, assim como os laços sociais existentes entre a mãe ou gestante e seu companheiro” (2017, p.38). Aqui vemos como foi difícil para Francisca se manter distante do seu companheiro, culminando na sua evasão do serviço.

O relatório segue informando que nos dias que se seguiram a esse episódio o casal permaneceu em situação de rua, e no dia 06/09/2020, Francisca deu à luz a recém-nascida do sexo feminino no Hospital Vila Santa Catarina, e no momento não estava portando documentos pessoais, sendo que a alta da criança ficou condicionada a emissão da carteira de identidade de Francisca.

As técnicas acrescentam que na ocasião a psicóloga do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas entrou em contato com a equipe do Hospital Vila Santa Catarina informando como se deu a saída de Francisca ainda gestante e discutiu-se nova solicitação de vaga para a usuária agora com a recém-nascida. Assim, a vaga foi cedida mediante articulação

com CREAS Vila Mariana e foi feita orientação à puérpera de que ela seria avaliada durante o período de internação da bebê, devido o histórico prévio. Segundo a equipe,

Não houve restrição às visitas da mãe à criança, sendo indicada inclusive a transferência da infante entre Unidades para que ela pudesse permanecer como acompanhante 24 hrs/dia. Francisca recusou tal arranjo e mantinha saídas diárias do CAE entre período da manhã e da tarde, com curta permanência dentro da internação. [...] Equipe relata sinais de vínculo enfraquecido com recém-nascida, recusa pela manutenção do aleitamento em seio materno, bem como de executar cuidados Bruna sob a supervisão dos profissionais.

Ainda no relatório a equipe sinaliza certo episódio em que durante três dias, Francisca retornou à instituição com “fortes indícios de embriaguez”, sendo que em um desses dias ela saiu para visita à recém-nascida no Hospital, porém direcionou-se ao Poupatempo, onde retirou a identidade emitida dias antes e, logo após, foi ao Cartório para registro de nascimento da recém-nascida, “acreditando que então poderia desinternar a infante no dia seguinte”.

Assim, foi feita uma nova discussão de caso entre equipes do CAE Amparo Maternal e Hospital Vila Santa Catarina, em que o dispositivo de saúde decidiu pela notificação da situação à Vara da Infância e Juventude do Fórum Jabaquara. As técnicas destacam que o casal “recebeu com muita dificuldade a notícia, haja visto que não reconhecem inclusive fatores que levaram a tal decisão, como uso prejudicial de álcool”. Ressaltam ainda nesse relatório que no ano de 2019, estando na mesma situação, Francisca deu à luz a uma recém-nascida em determinado hospital, em que também houve a notificação do caso à mesma Vara, culminando no processo de destituição do poder familiar.

O relatório finaliza solicitando ao CREAS Vila Mariana “que seja avaliada a viabilidade de articular vaga no CTA Vila Mariana para usuária, já que o Sr. André permanecerá acolhido por tempo indeterminado no Emergencial Ester Sabino e assim estarão próximos e com fácil acesso à filha”, pois desde que Francisca soube da instauração do processo judicial em relação a sua recém-nascida, que permaneceria internada até determinação judicial, dormiu fora duas noites e quando retornou ao CAE solicitou que fosse “articulada vaga de transferência para que possa permanecer em acolhimento na região sozinha ou junto do companheiro”.

No prontuário consta uma determinação judicial datada de 24/09/2020 em que “**está autorizado a transferência da menor (...), para o LALEC, (...), devendo a devida transferência ser realizada por esse nosocômio**” (Grifos meus).

Na história de Francisca, vemos como houve o acolhimento institucional da recém-nascida tendo em vista que foi avaliado pela equipe técnica tanto do Centro de Acolhida

Especial para Gestantes e Puérperas, quanto da Maternidade que os pais não atingiram o “ideal” de maternidade e paternidade, além de avaliarem que o casal não contava com uma retaguarda familiar.

Foi possível identificar que nas histórias de Daniela e Francisca foi a equipe técnica dos hospitais nas quais elas tiveram seus filhos que inicialmente acionou a Vara da Infância e Juventude. De acordo com a pesquisa coletiva *Primeira Infância e Maternidade nas Ruas de São Paulo*, elaborada pela CDHLG, “é na maternidade que se diagnostica a existência de ‘risco psicossocial’, em geral atrelado ao uso de drogas, à situação de rua e à ausência de rede de apoio familiar” (CDHLG, 2017, p. 54).

Ao ingressar nos hospitais, a condição de rua ou de vulnerabilidade social já se anuncia. Mulheres sozinhas, ou com seu companheiro, com condições precárias de vestimenta e higiene, muitas vezes transportadas pelo carro da polícia ou do serviço de assistência médica do metrô ou outra entidade pública, chegam ao serviço de maternidade sem o cartão do pré-natal ou sem estarem referenciadas naquele hospital. Muitas vezes não possuem documentos pessoais (CDHLG, 2017, p. 55)

Acrescentam que “após o parto, mesmo se apenas há a suspeita do uso de drogas ou situação de rua, o setor do serviço social da maternidade é acionado” (Idem). Pude constatar essa situação quando fiz estágio de Serviço Social na Unidade Materno-Fetal (UMF) do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) no Rio de Janeiro, onde quando as gestantes em situação de rua internavam, o Serviço Social era chamado normalmente pela equipe médica e/ou de enfermagem para atender essas gestantes, tendo em vista que se tratava de uma situação fora da rotina institucional, entendida como “anormal”, devendo ser dessa forma “tratada” e/ou “ajustada” pelo Serviço Social. Segundo Iamamoto,

[...] as situações conflitivas e as desigualdades passam a ser vistas como “desvios” a serem contornados e controlados institucionalmente, segundo parâmetros técnicos. Os conflitos sociais não são negados, mas, o que é expressão da luta de classes, transformam-se em “problema social”, matéria-prima da assistência. Segundo essa visão, os fatores tidos como problemáticos são deslocados da estrutura social para os próprios indivíduos e grupos considerados como responsáveis pela sua ocorrência. Conseqüentemente, o que deve ser mudado são os hábitos, atitudes e comportamentos dos indivíduos, tendo em vista seu ajustamento social, contribuindo, assim, para remover “obstáculos”, ao “crescimento econômico” (IAMAMOTO, 2014, p. 125-126).

Na prática profissional do Serviço Social na UMF, o mesmo lida com a imediaticidade, e muitas vezes necessita dar uma resposta rápida à situação vivida pelos usuários, como é o caso das mães em situação de rua, já que o período de internação é curto (3 a 5 dias). Dessa forma deve atender uma demanda institucional presente na maternidade que diz respeito a “desocupar leitos”, tendo em vista que a instituição atende a uma grande demanda de usuárias de todo o estado e possui poucos leitos. Entretanto, essa urgência institucional encontra-se na prática tencionada pelas necessidades reais das usuárias, e no caso das mães em situação de rua, a necessidade de garantir os direitos das mesmas, referentes ao exercício da maternidade, ancorados no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, e dos recém-nascidos, que contam com uma legislação de proteção (Estatuto da Criança e do Adolescente) que lhes garantem total segurança e proteção para o seu pleno desenvolvimento. Essa tensão acaba levando as assistentes sociais a recorrerem aos órgãos de proteção como os Conselhos Tutelares e as Varas da Infância, Juventude e Idoso (VIJI) notificando os casos que passam a ser considerados de “risco” para a criança (SOUSA, p. 57, 2018).

Sobre esse aspecto, a pesquisa da CDHLG vai dizer que

O medo de serem responsabilizadas por alguma intercorrência relacionada ao bebê e a ausência de um fluxo definido na cidade de São Paulo faz com que, muitas vezes, suspeitando ou diagnosticando a situação de rua e/ou uso abusivo de drogas, as maternidades encaminhem essas questões para as Varas da Infância e Juventude do município. Começam a ser produzidos documentos para justificar a posição adotada pela maternidade e que podem definir a manutenção ou destituição da bebê no processo judicial decorrente desta intervenção (2017, p. 55).

Acrescentam ainda no que se refere a avaliação por parte da equipe técnica da capacidade da mulher sair da maternidade com seu bebê ou não, que

não há um protocolo fixo sobre a avaliação dessa capacidade, havendo, em regra, menção a interesse ou capacidade para a amamentação, formação de vínculos com a criança e o não uso de drogas, para além da existência de uma rede de apoio familiar. Ou seja, como avaliar o risco psicossocial, qual mulher pode ou não sair da maternidade com seu bebê é, hoje, exclusivamente uma decisão institucional de cada maternidade e cada equipe de atendimento (2017, p.56).

Segundo a CDHLG, foi realizada uma pesquisa, através de questionários e visitas, entre 2013 e 2015, pelo Núcleo da Infância e Juventude da Defensoria do Estado de São Paulo (DPESP) à algumas maternidades públicas de São Paulo para escuta e propostas de parceria

quanto o tema de separação de recém-nascidos de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de substâncias psicoativas. Das 29 maternidades indagadas por meio de ofício pela DPESP a respeito dessas situações, 18 responderam aos questionários. Dentre estas, 67% informaram que não possuem articulação intersetorial (como por exemplo, assistência social e saúde) e 22% afirmaram que encaminham os casos considerados de risco para a criança diretamente para o judiciário (2017, p. 56-57).

No que se refere a avaliação de risco psicossocial, realizada por 13 das 18 maternidades que responderam o questionário, somente 2 maternidades contam com assistentes sociais e psicólogas, as demais tem apenas profissionais do serviço social. Dessas 13 maternidades, 8 delas informaram que o seu critério se ancora na existência de suporte familiar. Ao se deparar com a ausência de suporte familiar, o que é recorrente entre as mulheres em situação de rua, o encaminhamento é feito para a Vara da Infância e Juventude (VIJ) local (CDHLG, 2017, p. 57).

Percebe-se que nas histórias de Daniela e Francisca houve articulação intersetorial entre saúde e assistência a fim de manter o bebê no seio familiar. No entanto, apenas Daniela conseguiu permanecer com seu bebê no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, e, posteriormente, conseguiu se organizar e ir para uma casa, contando com o suporte de suas filhas. Já Francisca e seu companheiro, por não conseguirem controlar o uso abusivo de álcool e a equipe técnica não identificar retaguarda familiar, não conseguiram permanecer com seu recém-nascido.

5 TECENDO OS FIOS DA DISCUSSÃO

O presente trabalho realizou uma leitura etnográfica dos registros em prontuários de 17 mulheres que tiveram passagem pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas no período compreendido entre 2018 a 2021. Através dessa leitura, conseguimos identificar como se dá a conduta profissional dos agentes envolvidos e a rotina institucional, além de extrairmos narrativas singulares de cada uma dessas histórias e trajetórias de vida, de maternidade e de acompanhamento na instituição. Além disso, foi possível identificar que apesar da especificidade de cada situação, há acontecimentos narrados tanto da trajetória de vida, como na instituição, que são comuns entre as mulheres.

Cabe ressaltar que um dos limites encontrados em realizar etnografia com documentos foi justamente “as lacunas e silêncios”, apontados por Vianna (2014). Foi possível identificar ao longo do trabalho, que não foi apresentado um desfecho nas narrativas de algumas mulheres, principalmente nas situações em que as mulheres saíram do serviço ainda gestantes, como nas histórias de Camila, Érica, Gabriela, Larissa e Sandra. Dessa forma, através dos registros percebe-se que não há uma preocupação relacionada para onde a mulher gestante vai quando se desliga do serviço. Contudo, pode-se afirmar que em todos os casos em que houve o nascimento do bebê, as técnicas tiveram o cuidado de registrar como e para onde se deu a saída da mulher e de seu recém-nascido, como nas histórias de Ana, Bruna, Cleide, Daniela, Fernanda, Isabel, Valéria, Paula, Sofia, Soraia, Francisca e Tereza.

Diante disso, vimos como das 12 mulheres que tiveram seus filhos quando ainda estavam na instituição, 3 se desligaram do serviço acompanhadas de seus filhos para a casa de familiares, sendo que uma delas a guarda provisória do bebê ficou com a tia; 2 foram para outro acolhimento institucional juntamente com seus recém-nascidos; 2 alugaram um imóvel e permaneceram com seu filho, tendo o suporte de familiares; 2 optaram pela entrega voluntária dos bebês, sendo que uma delas retornou para casa da irmã e a outra foi transferida para outro centro de acolhida; e 3 mulheres tiveram seus filhos encaminhados para acolhimento institucional.

Nesse capítulo, vamos traçar um panorama das principais mudanças ocorridas na instituição ao longo dos tempos e trazer uma discussão sobre os principais temas que foram encontrados no decorrer da leitura dos registros em prontuários das mulheres que estiveram acolhidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas entre 2018 a 2021.

5.1 Mudanças de práticas da instituição ao longo dos tempos

Como vimos no capítulo 1, o perfil das mulheres que davam entrada nos primórdios do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas eram as chamadas “mães solteiras”. Britez et al. ao analisar o “Amparo Maternal” como campo de ensino para a Enfermagem diz que a instituição na sua tarefa assistencial obedecia a princípios gerais e destacam dentre eles: “acolhe tanto as mães socialmente estabilizadas, como mães solteiras abandonadas, as mães com seus filhos, as mães meretrizes, as mães psicopatas ou quaisquer outras” (1968, p. 62).

De acordo com o depoimento da Irmã Anita Gomes, que liderou o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas por quase 40 anos, o objetivo da instituição era acolher essas mulheres para que não fossem para a prostituição. Vimos inclusive em seu depoimento que ela cita que naquela época não tinha a questão de “droga”. Assim, vemos como havia uma centralidade na questão moral-religiosa. Sobre esse aspecto, tive a oportunidade dentro do meu círculo profissional de conversar com uma assistente social que em sua formação fez estágio durante um ano na instituição em 1988. Ela diz que muitas mulheres que entravam no serviço, eram aquelas que a família, principalmente a figura do pai, não aceitava a gravidez, mulheres que não contariam com o suporte do pai do bebê, além de mulheres que trabalhavam com serviços domésticos em casas de terceiros e os patrões não aceitavam a gestação. Com relação ao perfil, ela relata que eram mulheres entre 18 a 40 anos, em sua maior parte negras, sem muita escolaridade, classe média baixa e sem vínculo formal de trabalho.

Em relação aos atendimentos, a assistente social informa que na época ainda não havia programas de renda como o Bolsa-Família e a ajuda era mais com enxoval para o recém-nascido. No que se refere as atividades internas da casa, informa que as mulheres possuíam deveres e obrigações voltadas a limpeza e preparação de refeições. Acrescenta que durante a estadia dessas mulheres tentavam fazer contato com os seus familiares, mas muitas delas não queriam essa aproximação. Sobre esse aspecto, Britez et al. aponta que um dos princípios do “Amparo Maternal” era reconduzir “as suas assistidas, às quais denomina carinhosamente de ‘mãezinhas’, para o seio de suas famílias, pagando viagens por ônibus, trem ou avião, de conformidade com o caso específico” (1968, p. 62). Além disso, as autoras apontam que a instituição atuava “procurando a reaproximação dos cônjuges e dos familiares separados” (Idem) e “Na totalidade dos casos estuda-se e tenta-se a possibilidade do retorno das assistidas à casa dos pais ou dos parentes” (1968, p. 67).

Também conversei com uma enfermeira que na época da graduação no ano de 2002 fez estágio durante 2 semanas no ambulatório de pré-natal do Hospital Amparo Maternal e atendia

as mulheres que estavam acolhidas no alojamento. Informa que quando as gestantes chegavam para atendimento com a Enfermagem, elas já estavam em posse de um formulário no qual constava informações sobre elas. Assim, ela citou duas situações que foram marcantes em sua experiência como estagiária na instituição. Uma foi de uma jovem que estava em seu primeiro trimestre de gestação e era oriunda de uma família religiosa, inclusive seu pai era pastor, e ela foi para o alojamento justamente porque a família a expulsou de casa por ela estar grávida antes do casamento. Além disso, sua gestação era fruto de um relacionamento com um rapaz que não era da igreja que ela frequentava, o que não estava de acordo com os preceitos religiosos da família. A enfermeira conta que o que chamava atenção nessa jovem, era que ela não tinha ressentimento com relação a família, ela sentia falta de sua vida de antes e, portanto, não tinha interesse em ficar com o bebê. A outra situação tratava-se de uma mulher que estava com 8 meses de gestação e foi para o alojamento porque seu marido não aceitava a gravidez e, portanto, a expulsou de casa. A enfermeira conta que possivelmente o marido dela mantinha relações sexuais com outras pessoas, pois a mulher foi diagnosticada com uma IST.

A enfermeira também acrescenta que havia casos de mulheres cuja gestação era fruto de violência sexual, e as mulheres optavam por manter a gestação ao invés de realizar o aborto.

Durante a conversa com essas duas técnicas, ambas falaram sobre como após o nascimento da criança, na maior parte dos casos, os familiares modificavam as relações com as mulheres e as aceitavam de volta em casa juntamente com o bebê. E aqui vemos como havia e ainda há uma centralidade na criança e o entendimento de que seu nascimento ocasiona mudanças tanto na mulher, quanto em seus familiares.

Britez et. al aponta que após a alta da Clínica Hospitalar do Amparo Maternal, enquanto a mulher não tivesse condição social para sair com o recém-nascido, permanecia “no ‘Amparo’, num serviço de transição, até que seu problema seja devidamente orientado” (1968, p. 68). As autoras acrescentam que

Princípio fundamental é o de **procurar inculcar nas mães o dever de assumir total responsabilidade de sua maternidade, fator importante para o seu reajustamento e recondução social.** O ajustamento à maternidade é iniciado pela educação da gestante, mas é na primeira fase do puerpério que este ajustamento se desenvolve, sendo o aleitamento natural seu principal fator. Esse ajustamento é seguido de perto e com grande interesse pela enfermeira obstétrica, pois é de capital importância para a sobrevivência da família (Idem, grifos meus).

Através das leituras dos registros dos 17 prontuários e da observação participante na instituição, vimos como o perfil dessas mulheres tem mudado. Atualmente a instituição tem recebido principalmente mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas, em situação de rua e imigrantes (apesar de não ter sido o foco do presente trabalho, tem tido um número considerável na instituição). Vimos também através da história de Ana, como o serviço foi utilizado como uma estratégia para um casal homoafetivo ter um filho até sua reorganização. Não obstante essa mudança do perfil, vemos como ainda ocorrem situações que eram mais centrais antigamente, como na história de Gabriela, que foi para a instituição após o pai não aceitar a atual gestação e ter a expulsado de casa.

Hoje vemos como há uma centralidade na questão comportamental e psiquiátrica dessas mulheres. Com o suporte da psiquiatria e da religião, há uma crença de que ter um filho causará uma mudança no modo de vida dessas mulheres.

Vemos também como há mudanças em relação aos atendimentos e encaminhamentos propostos pela equipe técnica, devido as próprias mudanças nas legislações, como por exemplo a lei 13.509/2017, chamada de “Lei da Adoção”, que trouxe mudanças ao Estatuto da Criança e do Adolescente e prevê a chamada “entrega voluntária”, que consiste na possibilidade de uma gestante ou mãe entregar seu filho para adoção, antes ou logo após o nascimento, devendo ser encaminhada para à Justiça da Infância e da Juventude. Através da análise dos prontuários, vimos como a entrega voluntária ocorreu nas histórias de Valéria e Soraia. No artigo de Brites et. al é possível identificar como a adoção não era bem vista nos primórdios da instituição

O “Amparo” orienta sistematicamente a mãe a criar e educar os filhos, **não admitindo serviço de adoção, salvo quando se trata de órfãos sem qualquer arrimo familiar**. Em casos de abandono de crianças (o que a experiência demonstrou ser, na maioria das vezes, transitório) o “Amparo”, através da sua “Casa do Poço”²¹, ocupa-se em criá-las até que as respectivas mães venham buscá-las, o que frequentemente acontece. As crianças não procuradas pelas mães continuam em seu lar adotivo, a Casa do Poço (1968, p. 69, grifos meus).

Além disso, um dos princípios gerais do “Amparo Maternal” que as autoras destacaram era justamente conservar “sempre o filho junto da mãe, por saber ser este um dos principais fatores de reajustamento e reintegração social” (1968, p. 62)

Outra mudança está relacionada as práticas do atendimento de saúde mental. A assistente social com quem conversei falou que em sua época não havia encaminhamentos para

²¹ A Casa do Poço era um centro familiar para órfãos e crianças abandonadas.

atendimento com psicólogos. Sobre mulheres com graves diagnósticos de saúde mental, Britez et. al aponta como um princípio da tarefa assistencial do “Amparo Maternal”: internar “mães psicopatas em hospitais especializados e particulares, quando não encontram vagas nos hospitais governamentais” (1968, p. 62). As autoras apontam ainda que

Os casos complexos, mais difíceis, requerem cuidados específicos: há graves problemas de inadaptação social (anomalias de caráter, desajustamentos graves, mães epiléticas ou psicopatas, retardadas mentais, menores de difícil correção pelos vícios de educação anterior ou pelo ambiente familiar pregresso) tais casos são cuidados na Clínica Hospitalar do “Amparo Maternal” ou em clínicas especializadas, mas sempre sob a responsabilidade do “Amparo Maternal” (1968, p. 67).

Como vimos no capítulo 2, a partir da análise dos prontuários foi possível identificar como no período compreendido entre 2018 a 2021 havia muitos encaminhamentos para a psiquiatra que atuava no ambulatório do Hospital Amparo Maternal. No entanto, como foi ressaltado pela atual equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, com a saída da psiquiatra, as situações envolvendo mulheres com alguma suspeita ou diagnóstico de transtorno em saúde mental, tem sido encaminhado para a Rede de Atenção Psicossocial.

Passos ao realizar um panorama da Constituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos Serviços Substitutivos diz que no Brasil, o modelo de tratamento de pessoas em sofrimento psíquico foi constituído a partir da referência francesa, ou seja, pela perspectiva pineliana, chamada de “psiquiatria tradicional”. Para Philippe Pinel, a alienação era causada pelo meio social e, por isso, se fazia necessário o afastamento, por meio do isolamento para os alienados (2018, p. 118). A autora pontua que

A loucura passou a ser vista e julgada como uma desordem no comportamento, no querer, no agir, na tomada de decisões, na liberdade, nas escolhas. A institucionalização da loucura era entendida como a linha de separação entre aqueles que detêm o domínio da realidade e aqueles que não o possuem. O médico psiquiatra tornou-se o especialista que determina quem é ou não normal (2018, p. 118-119).

De acordo com Passos, “os hospícios apareceram como uma ação específica da medicina com relação à loucura. Abrigavam as pessoas que possuíam ‘doenças mentais’, sendo locais capazes de recuperá-las pela força terapêutica de sua organização” (2018, p. 119). No Brasil, o primeiro hospício foi inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, chamado de

Hospício Pedro II. “Desde a inauguração do Hospício Pedro II (...) até a década de 1960, a assistência psiquiátrica brasileira se constituiu por sua oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais públicos” (YASUI, 2010, p. 33 apud PASSOS, 2018, p. 119). Esse modelo manicomial foi implantado em todo o país durante toda a primeira metade do século XX.

Importante ressaltar que o manicômio foi um local privilegiado para o isolamento e punição das mulheres que não correspondiam a um estereótipo de gênero. “Desobediência, empoderamento, exercício da sexualidade com liberdade, ousadia foram considerados como histeria e, não raro, mulheres com tais comportamentos eram consideradas loucas” (HARRIS, 1993 apud ARRUDA, 2017, p. 175).

Passos destaca que foi nos anos 1970, quando estava ocorrendo uma série de movimentos e estudos sobre a intervenção das práticas em saúde que o modelo manicomial foi questionado, a partir da organização do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que tinha como principal objetivo possibilitar a transformação da assistência psiquiátrica vigente na época (2018, p. 128).

A autora resalta que o auge do contexto reformista sanitário e psiquiátrico ocorreu em 1986, em Brasília, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ao longo desse evento, foi proposta a realização de conferências temáticas e, em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Nessa conferência foram apresentadas as denúncias sobre violências ocorridas contra os usuários internados nos hospitais psiquiátricos (2018, p. 129).

Segundo Passos, foi a partir dessa conferência que “novos atores ganharam maior visibilidade no cenário de luta por políticas em saúde mental: os usuários da saúde mental e seus familiares” (2018, p. 129). Assim, “a loucura deixa de ser uma questão específica para os profissionais e alcança o território, os sujeitos e as instituições” (PASSOS, 2018, p. 130).

Passos destaca que o início do Movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo se deu em 1989, quando o deputado Paulo Delgado (PT-MG) submeteu o Projeto de lei que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a extinção dos manicômios no país. Entretanto, sua regulamentação só ocorreu após tramitar 12 anos, em 16 de abril de 2001, com a Lei n. 10.216, conhecida como a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, que dispõe acerca dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental (Idem).

A autora aponta que a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica foi instituído os novos serviços de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, distinguindo-se do tratamento prestado pelo manicômio, regulamentados pela Lei n. 10.216/2001. Os serviços substitutivos

são múltiplos e compõem a Rede de Atenção Psicossocial: Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, hospitais-gerais, cooperativas etc. (2018, p. 133-134).

Segundo Amarante e Nunes,

Em São Paulo foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras iniciativas começaram a surgir. São serviços que cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial (que consistia em consultas esparsas de renovação de receitas, ou de tímida oferta psicoterápica). Uma função alternativa ou intermediária ao modelo hospitalar predominante naquele período (2018, p. 2071).

Passos salienta que os projetos e programas desenvolvidos nos municípios e posteriormente regulamentados pelas portarias do Ministério da Saúde apesar de terem sido efetivados, ocorreram em meio a represálias ou enfrentamentos, principalmente pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pela Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais (AFMD) (2018, p. 135).

Para esses grupos, a reforma psiquiátrica nunca foi viável, pois, para eles, ocorre uma desresponsabilização em relação ao “tratamento psiquiátrico” das pessoas em sofrimento psíquico, consideradas por eles sujeitos incapazes. Além disso, **esse discurso centra-se no poder médico, tendo psiquiatria o único saber/poder que pode proporcionar o “tratamento” e a internação é a estratégia central e de melhor qualidade.** Tais argumentos aproximam-se dos interesses dos donos de clínicas psiquiátricas de caráter privado, posto que, essa lógica, baseada na internação, proporciona maior lucratividade para os empresários da saúde e da indústria farmacêutica (Idem, grifos meus).

No caso da análise dos prontuários das mulheres que tiveram passagem pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas no período analisado, vemos como havia uma centralidade no atendimento psiquiátrico e, conseqüentemente, na medicalização dessas mulheres.

Outra questão que vale a pena destacar é como a presença da família permanece como mecanismo central para a saída das mulheres do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas.

5.2 Atuação profissional e mitos do amor materno

Ao realizar a leitura dos prontuários das mulheres que deram entrada no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, é possível perceber em alguns registros como a maternidade é vista pelas profissionais como um evento que vai desencadear mudanças na vida da mulher, principalmente daquelas que fazem uso de substâncias psicoativas (Cleide e Daniela).

Santos et al. (2020), ao fazer uma análise sobre os sentidos construídos por profissionais de consultórios na rua da cidade do Rio de Janeiro em relação ao consumo de crack por mulheres, constataram que o gênero é incorporado de modo controverso no cotidiano dos serviços, pois mesmo que os discursos dos profissionais indiquem que há diferenças entre os padrões de consumo de crack entre homens e mulheres, no acesso e uso dos serviços psicossociais e na forma de aquisição da droga, as mulheres continuam sendo pensadas pela sua capacidade reprodutiva. Indicam ainda que impera na organização da rede de serviços o ideário da mulher-mãe. Os autores revelaram que no cotidiano das equipes dos consultórios na rua, quando as mulheres que consomem crack encontram-se gestantes, é possível um olhar mais individualizado por parte do profissional de saúde. Ao discutir cada caso individualmente, os profissionais operam apostando na maternidade dessas mulheres como defesa da vida e do direito à saúde, em contramão ao modelo proibicionista.

Os discursos sobre a gestação das mulheres que consumiam crack apontaram para a existência da ideologia de um amor materno inerente ao ser mulher, um amor “instintivo” e “irracional” que justificava a aposta dos profissionais na possibilidade de saída daquele contexto, uma vez que a rua seria incompatível com aquilo que é esperado de uma “boa-mãe” (SANTOS et al., 2020, p. 3806).

Segundo Badinter,

Após 1760, abundam as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes “ordenam” amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho (1985, p. 144).

Assim, através do mito do amor materno, há uma dualidade na interpretação da maternidade, tendo em vista que algumas mulheres serão vistas como boas mães e outras como

más-mães. Podemos afirmar que as mulheres que fazem o uso de substâncias psicoativas estão distantes do padrão idealizado de mulher e de mãe (MENANDRO et. al., 2019, p. 1).

Na dissertação de Pereira na qual ela analisa atitudes e intervenções de profissionais que atuam junto a mulheres grávidas ou com bebês em contexto prisional, ela aborda como o evento da maternidade é vista pelos profissionais e pelas mães presas como desencadeador de uma possível transformação tendo em vista que as sensibiliza à reflexão. Através das falas de alguns profissionais, a autora percebeu que elas “corroboram a ideia de que o bebê representa a esperança pela possibilidade de liberdade e ressocialização” (2015, p. 93).

Malheiro (2020) em sua pesquisa com usuárias de crack, aponta que quando essas mulheres se encontram grávidas, elas tendem a compreender o período gestacional como um momento tanto de diminuição do uso da substância, como de fazer planos para o futuro. Targino ao apresentar “alguns apontamentos acerca dos recursos mobilizados por comunidades terapêuticas no atendimento de mulheres que fazem uso problemático de drogas e que desejem e/ou precisem passar pelo período de acolhimento na companhia de seus filhos” (2023, p. 167) identificou, por meio das entrevistas com as mulheres acolhidas em duas comunidades terapêuticas, que elas compreendem seus filhos como os principais mobilizadores e incentivadores do projeto de afastamento do uso de substâncias. Elas “visualizam em seus filhos e no exercício da maternidade uma motivação forte o suficiente para fazê-las abraçar a ideia de que precisam de ajuda para lidar com a dependência de drogas” (Idem). Essa perspectiva se alinha com o que a Assistente Técnica, que possui experiência anterior como Orientadora Socioeducativa no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, compartilhou sobre a maternidade ser um fator-chave que motiva mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas a interromper o consumo ou buscar tratamento, a fim de garantir que possam cuidar adequadamente de seus bebês.

5.3 Hipermaternidade X Hipomaternidade

Foi possível identificar por meio dos registros em prontuários das Orientadoras Socioeducativas uma especial atenção e controle voltado à gestação e ao cuidado com o recém-nascido, o que demonstra como a instituição demanda dedicação integral e contínua no que se refere aos cuidados com as crianças. Trata-se do conceito de *hipermaternidade* empregado por Braga e Angotti (2015) na pesquisa que realizam sobre maternagem na prisão. De acordo com as autoras, as mães que se encontram em situação de reclusão no Brasil vivem um paradoxo: o

excesso de maternidade durante os meses nos quais a mãe permanece com o filho (hipermaternidade) e, por outro lado, a súbita ruptura dessa relação no momento em que são separadas das crianças (hipomaternidade). Ao mesmo tempo, as mães que se encontram encarceradas lidam com outras questões durante a permanência com seus filhos, sendo eles a falta de interação com outras pessoas, a não ser com outras mães, e a intensificação do rigor disciplinar, principalmente no que diz respeito aos cuidados com as crianças. As autoras pontuam que

A maternagem na prisão é permeada por ambiguidades como excesso de convivência *versus* ausência de convivência; isolamento *versus* participação do cotidiano prisional; melhora do espaço físico quando da presença de bebê *versus* aumento do rigor disciplinar; mulher presa *versus* mulher mãe (BRAGA; ANGOTTI, 2015, p. 230).

Acrescentam ainda que

Na maioria dos espaços voltados para abrigar mães presas e seus filhos nos deparamos com falas referentes à estagnação da vida na prisão uma vez nascido o bebê e à separação, inclusive física, do cotidiano prisional. Como reiteradamente dito pelas entrevistadas, “a cadeia para” quando têm filhos, ou seja, se a presa estava engajada em alguma atividade laboral, escolar, cultural e/ou religiosa, sua participação é interrompida para que se dedique exclusivamente aos cuidados da criança e para evitar o contato com outras presas (BRAGA; ANGOTTI, 2015, p. 232).

Diante disso, apesar das mulheres que dão entrada no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas terem aderido o serviço de forma voluntária, havendo assim uma diferença se compararmos com as mães que estão em situação de reclusão, há em comum o isolamento e a disciplina como protocolos de funcionamento de ambas instituições. Uma das aproximações que é possível identificar entre as mulheres que estiveram no Centro de Acolhida e as mães em prisões, tem a ver com a intensidade da convivência firmada entre mãe e filho no confinamento. Assim como Braga e Angotti (2015) constataram em sua pesquisa, através dos registros das Orientadoras Socioeducativas nos prontuários, é possível identificar que a instituição requer das mulheres dedicação integral e contínua no que se refere aos cuidados com os recém-nascidos. Além disso, as autoras destacam que

No CRGPL [Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade] o exercício da maternidade é disciplinado por uma série de regulações que se não respeitadas podem ensejar um comunicado seguido de julgamento pelo Conselho Disciplinar do estabelecimento. A fala de

uma entrevistada exemplifica a ambiguidade entre o desejo de ficar com o filho e o rigor disciplinar do espaço: “fico feliz por estar com o bebê, mas aqui tudo é comunicado. Presa sozinha é mais fácil”, e complementa “qualquer coisa que acontece fala que tem que entregar o filho, vive sob pressão”. Geram “comunicados” na unidade, por exemplo, trabalhar para outras presas, dormir com o bebê na mesma cama ao invés do uso do berço e dar alimentação diversa do que o estabelecimento determina” (BRAGA; ANGOTTI, 2015, p. 234).

No Centro de Acolhida para Gestantes e Puérperas vimos como também há um certo “rigor disciplinar”, com várias regras que as mulheres tem que respeitar para poder se manter no serviço e uma vigilância constante por parte das Orientadoras Socioeducativas. Nos casos em que há descumprimento das regras estabelecidas, há aplicação das chamadas medidas socioeducativas – como por exemplo, a suspensão de saídas particulares e uma quantidade maior de dias na escala do refeitório – e, em certos casos, há o desligamento da mulher e a impossibilidade de acessar o serviço novamente.

5.4 Centralidade na saúde mental

Observamos que os registros das Orientadoras Socioeducativas estão predominantemente centrados nas experiências diárias das mulheres, abrangendo questões como cuidados com os recém-nascidos, conflitos e violações das regras institucionais. Além disso, há registros daquilo que a Assistente Técnica denominou como “comportamento estranho”, indicando a possibilidade de que essas mulheres estejam lidando com desafios relacionados à saúde mental.

Assim, no capítulo 3 identificamos, através da análise dos registros em prontuários, como a equipe demonstra uma preocupação significativa com a saúde mental das mulheres, reconhecendo sua importância fundamental para o exercício adequado da maternidade. Diante disso, foi observado como alterações comportamentais em algumas mulheres estavam diretamente associados a problemas de saúde mental, o que levava ao encaminhamento para consulta com psiquiatra. Em certos casos, foi prescrito o uso de medicamentos para promover a mudança de comportamento necessária, visando à continuidade na instituição e à manutenção do convívio familiar.

Nesse capítulo, chegamos a tal constatação por meio dos registros em prontuários de: *Camila*, onde foi possível identificar como a equipe fez esforços para encaminhá-la a um atendimento de emergência psiquiátrica, porém encontrou obstáculos ao lidar com a rede de saúde, resultando na evasão da mulher ainda gestante; *Paula*, na qual verificamos que devido

ao diagnóstico de Esquizofrenia e os conflitos existentes entre ela e seus irmãos, houve o encaminhamento da situação à Vara da Infância, que determinou o acolhimento institucional do recém-nascido, e o retorno de Paula às ruas; *Tereza*, em que vimos como houve uma *hipermaternidade* enquanto ela estava no serviço juntamente com seu recém-nascido, a fim de avaliarem se ela estava apta para exercer de forma adequada os cuidados com o bebê, no entanto, houve uma *hipomaternidade*, a partir do momento em que ela não foi considerada apta para permanecer com seu filho (devido a “desorganização cronológica para relatar eventos da vida” identificadas pela equipe técnica do serviço e a ausência de uma retaguarda familiar), ocorrendo a “súbita ruptura dessa relação” quando a criança foi levada para o LALEC e ela transferida para um centro de acolhimento comum do município; *Sofia*, que passou um longo período na instituição, especificamente um ano e dois meses, e depois foi transferida para outro Centro de Acolhida junto com seu bebê. No entanto, durante sua estadia nesse serviço, foram observadas mudanças em seu comportamento, o que levou a encaminhamento para atendimento psiquiátrico e a necessidade de medicação; e *Soraia*, a boliviana que optou pela entrega voluntária do recém-nascido e, devido aos “sintomas depressivos” foi encaminhada pela equipe técnica do serviço para o setor de Psiquiatria, onde iniciou o uso de psicofármacos. Contudo, posteriormente a psiquiatra suspendeu o uso da medicação por entender que os sintomas que a mulher apresentava era reativo a situação que ela vinha passando.

Para Fernando Freitas e Paulo Amarante, o fenômeno moderno chamado medicalização é polissêmico.

Em comum, configura-se como o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins (2015, p. 14).

Em alguns prontuários das mulheres que tiveram passagem pelo Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas foi possível identificar alguns medicamentos prescritos pela psiquiatra do ambulatório do Hospital Amparo Maternal, dentre eles: *Sertralina*, que “restaura o equilíbrio da serotonina²² e é utilizada no tratamento de transtornos de ansiedade, síndrome do pânico e muitos outros” (ESTADÃO, 2023); *Fluoxetina*, que “aumenta os níveis de serotonina no cérebro e ajuda a regular o humor e o bem-estar da pessoa. O remédio é

²² A serotonina é um neurotransmissor que “atua regulando o humor, sono, apetite, ritmo cardíaco, temperatura corporal, sensibilidade e funções cognitivas e, por isso, quando se encontra numa baixa concentração, pode causar mau humor, dificuldade para dormir, ansiedade ou mesmo depressão” (TUA SAÚDE, 2023c).

utilizado para tratar transtornos depressivos, síndrome do pânico, bulimia, entre outros” (Idem)”; *Risperidona*, usada para “equilibrar os neurotransmissores dopamina²³ e serotonina no cérebro, [...] prescrito para o tratamento de psicoses, como a Esquizofrenia em pacientes que apresentam alteração da percepção da realidade, delírios, ansiedade e isolamento social. Também para os casos de transtorno bipolar” (UOL, 2023); *Carbonato de Lítio*, “indicado para tratamento de bipolaridade, como estabilizador de humor, além de ser utilizado no tratamento contra a depressão, em casos mais agudos” (BRASIL ESCOLA, 2023); *Valproato de sódio*, um anticonvulsivante e estabilizador de humor “indicado para o tratamento de convulsões, epilepsia, crise de ausência e transtorno bipolar” (TUA SAÚDE, 2023a); e *Fenobarbital*, “indicado para o tratamento de crises convulsivas e epilepsia devido às suas propriedades anticonvulsivantes” (TUA SAÚDE, 2023b).

Sobre esse aspecto da psiquiatrização, Amarante aponta que

o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é “tecnicamente orientada”, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou, ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (1994, p. 79).

Arruda ao realizar a pesquisa de mestrado intitulada “*Para ver as meninas*”: *um estudo sobre as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação na Case/Salvador*, que contou como sujeitos de pesquisa sete adolescentes que estavam cumprindo medida socioeducativa de internação no segundo semestre de 2009, identificou que das sete adolescentes apenas uma delas não possuía medicamento psicotrópico prescrito no período. A autora ressalta que na época da pesquisa, as únicas especialidades médicas na Unidade era psiquiatria e clínica geral e que todas as adolescentes foram encaminhadas para atendimento psiquiátrico pela equipe multiprofissional (2017, p. 172).

A autora sinaliza três motivos que a equipe multiprofissional apontou para a necessidade de as adolescentes ter acompanhamento psiquiátrico:

- 1) apresentarem histórico de sofrimento mental e terem sido acompanhadas por essa especialidade médica antes de ingressarem na Unidade; 2) relatarem uso (prejudicial ou não) de drogas; e/ou 3)

²³ “A dopamina é um neurotransmissor responsável por levar informações do cérebro para as várias partes do corpo. A substância é conhecida como um dos [hormônios da felicidade](#) e quando liberada provoca a sensação de prazer, satisfação e aumenta a motivação” (ESSENTIA, 2023).

afirmarem estar com insônias, alucinações etc., sendo as duas últimas motivações a maioria absoluta dos casos (2017, p. 172).

Arruda identificou que apenas no prontuário de uma das meninas constava a informação de acompanhamento psiquiátrico prévio, as demais passaram pela primeira vez em atendimento psiquiátrico na Case/Salvador. Além disso, a autora ressalta que com relação ao uso prejudicial de drogas, a equipe multiprofissional informou que as adolescentes com esse histórico eram encaminhadas para atendimento ambulatorial no CAPS AD, no entanto, a autora não identificou nos registros dos prontuários de atendimento técnico o encaminhamento de quaisquer das adolescentes com histórico de uso prejudicial de drogas ao CAPS AD (2017, p. 172-173). Inclusive Arruda cita o exemplo de uma adolescente que tinha o histórico de fazer uso prejudicial de drogas antes da privação de liberdade, chegou a ingerir indevidamente fármacos controlados de outras adolescentes por três vezes, e nunca chegou a ser encaminhada para atendimento no CAPS AD, ocorrendo apenas o encaminhamento ao atendimento médico psiquiátrico da Unidade (2017, p. 173).

A autora reflete que angústia e sofrimento são inerentes do processo de institucionalização e a medicalização, utilizada como ‘alívio’ à angústia, aflição e ao sofrimento é, sobretudo, recurso que contribui significativamente para manutenção da violência institucional. A psiquiatrização indica como patológicos os sujeitos que descumprem a norma penal e a medicalização como resposta é forma de docilizar e punir os corpos encarcerados, utilizando-se do argumento do alívio da aflição (p. 173).

Sobre a intensa psiquiatrização para lidar com os sofrimentos inerentes a algumas situações de vida, Côrtes chega à conclusão que na experiência social com os “caipiras deprimidos” a modalidade de resposta ao sofrimento é agenciá-lo como depressão e, portanto, tratá-lo com remédios, sendo assim, há uma gestão psiquiátrica do sofrimento. Com relação aos “pregadores-mendicantes”, o sofrimento é agenciado como mercadoria simbólica e vendido no mercado, tendo uma formação de um mercado religioso do sofrimento. Acrescenta ainda que “no caso dos ‘caipiras-deprimidos’, trata-se do *sofrimento vergonhoso*, que deve ser tratado, medicalizado, administrado” (2012, p. 341).

Os “caipiras deprimidos”, por sua vez, são enredados na obrigação de elaborar suas experiências em torno do sofrimento, um sofrimento que não recebe, com isso, a formulação de uma narrativa simbólica, mas é reduzido a uma lista de sintomas, que esquadrinha alterações de sono e apetite, variações de humor, do prazer e do interesse, uma vida que também não vale por suas qualidades políticas (*bios*), mas por suas

atribuições animais (*zoé*). Ao que parece, fora de sua captação pela *mercadoria* e sua circulação em um *mercado*, o sofrimento só pode receber tradução como *vergonha* e exigência de medicalização. Se o sofrimento não é mercantilizado ou espetacularizado, ele é apreendido sob o signo da vergonha (p.341, grifos da autora).

A autora ressalta que a premissa central da psiquiatria biológica

[é] a de que o ser humano não é fundamentalmente um sujeito ético, cujo sofrimento é referenciado à sua própria trajetória biográfica e à relação que estabelece com o mundo, mas um corpo cujos sentimentos, emoções e comportamentos podem ser manipulados conforme a dança dos neurotransmissores no cérebro, isto é, conforme a presença ou a ausência de certos princípios químicos. Pode-se, supostamente, produzir disposições variadas, desde o apaziguamento de paixões até o enfrentamento agressivo que os indivíduos podem estabelecer na relação consigo mesmos e com os outros (2012, p. 345).

Acrescenta ainda que

Segundo esta premissa biologizante, os seres humanos deixam de ser sujeitos éticos que sabem o que fazem, escolhem o que fazem e são responsáveis por suas escolhas, para serem marionetes de um teatro cujos principais protagonistas não são eles mesmos, mas os psicofármacos, que decidem, numa espécie de drama químico, para que lado penderão, se serão passivos ou ativos, tristes ou alegres, retraídos ou ousados, rígidos ou flexíveis, covardes ou corajosos, altruístas ou egoístas (Idem).

No trabalho de Côtres ela demonstra como a medicalização é usada para tratar o sofrimento dos caipiras deprimidos, já nos registros em prontuários das mulheres que se encontravam acolhidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas vemos como a medicalização é usada como um instrumento de controle para a mulher controlar suas emoções. Tal como o sofrimento dos “caipiras deprimidos”, o sofrimento das mulheres que se encontram acolhidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas são reduzidos a uma lista de sintomas, como alterações de sono e apetite, variações de humor, do prazer e do interesse, na falta de cuidados com si próprias e com seus bebês. São vidas que também não valem por suas qualidades políticas, como por exemplo, o desenvolvimento de potencialidades e aptidões, mas sim, por suas atribuições animais, como o evento biológico da maternidade e suas condições para cuidar de um recém-nascido.

Passos avalia que mesmo com o fim dos manicômios, nos dias atuais ainda existem práticas que segregam aqueles considerados anormais, e a medicalização é uma delas:

O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de *apartheid* social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (2018, p. 13).

A autora em sua fala em um bate-papo intitulado “Raça, classe e gênero: intersecções estruturantes na pauta antimanicomial” do “Projeto Por uma vida mais louca – democracia e luta antimanicomial”, uma parceria entre o SESC-SP e o Desinstitute em junho de 2022, chegou a comparar os novos abrigos da política de assistência social como novos manicômios, em que há uma idealização do mito do amor materno. Há uma reprodução da forma de controle dos manicômios quando afirmam que determinada mulher não pode ser mãe. Se está desobedecendo regras e normas estabelecidas pela instituição, é encaminhada para psiquiatria a fim de ser medicada e tornar-se mais “dócil”.

5.5 Centralidade da família

Através da leitura dos prontuários, vimos que além de ter uma centralidade na questão da saúde mental das mulheres a fim de identificar se elas estão aptas para exercer adequadamente os cuidados com os recém-nascidos, a equipe técnica no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas enfatiza a importância das redes familiares das mulheres como um elemento central. Desse modo, no capítulo 4, identificamos através dos registros das técnicas que o processo de desinstitucionalização das mulheres e seus recém-nascidos busca integrar a criança aos círculos familiares. Observou-se como as abordagens enfatizam a rede de apoio dessas mulheres. Elas devem contar com uma pessoa “responsável” para cuidar dos bebês, uma vez que não são consideradas capazes de exercer a maternidade de forma independente, sem supervisão externa. Constatamos que quando o bebê nasce, a equipe técnica demonstra preocupação em garantir o acesso aos cuidados necessários e ao direito à “proteção integral”. Portanto, os casos considerados de risco para a criança são encaminhados à Vara da

Infância e Juventude, a fim de obter uma decisão judicial que priorize o “melhor interesse da criança”.

Percebe-se nas narrativas das técnicas que muito é falado sobre “retaguarda familiar”, sobre essa terminologia, Gomes diz que as profissionais do judiciário se referem a

Integrantes da família extensa que possam se “responsabilizar pela criança e às vezes até pela mãe”. Essas pessoas, que idealmente se configurariam na ideia de “ajuda” às mulheres, redes de apoio para o exercício de suas maternidades, por vezes são responsabilizadas pela sua capacidade de apoio (2022, p. 145).

No artigo *Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica* de Claudia Fonseca, a autora inicia procurando uma definição para o conceito de família, trazendo uma reflexão do antropólogo Luis Fernando Duarte (1994), em que ele diz que o valor “família” tem grande peso em todas as camadas da população brasileira, porém significa coisas diferentes dependendo da categoria social. Dessa forma, para os grupos populares o conceito de família está ancorado nas atividades domésticas do dia-a-dia e nas relações de ajuda mútua.

Fonseca também apresenta uma pesquisa realizada pela antropóloga norte-americana Rayna Rapp (1992) em que ela faz uma comparação de famílias brancas de camadas médias e famílias negras pobres dos Estados Unidos, demonstrando que enquanto nas camadas médias americanas, os parentes são assimilados à categoria de “amigos”, de forma a poder eliminar os que não respeitam as regras da amizade – assim, os indivíduos com muitos problemas são afastados da convivência familiar –, as famílias negras pobres só conseguem sobreviver porque criam extensas redes de ajuda mútua, se estendendo horizontalmente, numa partilha constante, nem sempre pacífica, de recursos. Dessa forma, a autora faz uma aproximação entre as famílias negras norte-americanas descritas por Rapp e famílias de grupos populares brasileiros, apontando que também nessas últimas, os poucos recursos de qualquer núcleo familiar parecem ser constantemente drenados para pessoas necessitadas da família extensa.

De acordo com Fonseca,

as famílias negras pobres, que vivem em condições de grande precariedade econômica, só conseguem sobreviver porque criam extensas redes de ajuda mútua. **Tornam-se membros pertinentes dessa rede familiar não somente pais, mas irmãos, tios, primos, ex-sogros, compadres e até amigos [...]** A família aqui se estende horizontalmente, numa partilha constante, nem sempre pacífica, de recursos (2005, p. 52, Grifos meus).

Sobre esse aspecto, Sarti vai dizer que

A família pobre não se constitui como um núcleo, mas como uma rede, com ramificações que envolvem a rede de parentesco como um todo, configurando uma trama de obrigações morais que enreda, num duplo sentido, ao dificultar a individualização e, ao mesmo tempo, viabilizar a existência dos indivíduos enquanto apoio e sustentação básicos (1994, p. 89).

Segundo a autora,

o que define a extensão da família entre os pobres é a rede de obrigações que se estabelece: *são da família aqueles com que se pode contar*, isto quer dizer, aqueles que retribuem ao que se dá, aqueles, portanto, para com quem se tem *obrigações*. São essas redes de obrigações que delimitam os vínculos, fazendo com que as relações de afeto se desenrolem [...]. (1994, p. 114, grifos da autora).

Contudo, através da narrativa escrita por Biehl (2008) sobre a história de Catarina, uma mulher que estava no Vita, um asilo da cidade de Porto Alegre, vemos como nos próprios grupos populares não há a ideia de solidariedade tão arraigada, como na parte em que o autor aponta que a própria família de Catarina, incluindo seus irmãos, optam por deixá-la “largada no Vita para morrer”, algo que o autor denomina como “morte social sancionada relacional e burocraticamente”, que autoriza que alguns vivam e outros não, em que há a cumplicidade do humano, o mental e o químico. É interessante notar que o autor conclui que “a família é então um Estado dentro do Estado”, na medida em que como com frequência a família substitui o Estado que não garante as condições mínimas de sobrevivência para algumas pessoas, no entanto nas próprias famílias há essa negação dos cuidados em relação aos seus entes que são vistos como “desviantes”, “problemáticos”, principalmente aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas, apresentam algum transtorno psiquiátrico, entre outros. Biehl conclui que “Catarina é representada pela ex-família, sem vergonha e sem culpa, como um tratamento médico fracassado que, paradoxalmente, permite que todos continuem suas vidas naquele violento campo econômico e social” (2008, p. 437).

Ao realizar a leitura dos registros em prontuários das mulheres que estiveram acolhidas no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas, vemos como a família aparece como “uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos” (MIOTO, 2010, p. 168), além de sua capacidade de produção de subjetividades. Desta forma,

ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um ‘refúgio num mundo sem coração’ é atravessada pela questão social” (MIOTO, CAMPOS, LIMA apud MIOTO, 2010, p. 168).

Mioto (2010) indica que atualmente existem duas grandes tendências em disputa na incorporação da família no campo da política social enquanto seu sujeito destinatário: a proposta familista e a proposta protetiva. Cabe ressaltar que a autora assinala que nas postulações sobre a família na política social tem sido atribuída grande ênfase sobre a concepção de família, privilegiando as concepções que afirmam a família em suas múltiplas conformações (MIOTO, 2016, p. 223)²⁴. Inclusive na Política Nacional de Assistência Social a família é entendida como “um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou, de solidariedade” (BRASIL, 2004).

De acordo com a autora, a lógica vinculada ao familismo defende a centralidade da família apostando na sua capacidade imanente de cuidado e proteção. Assim, espera-se que as unidades familiares devam assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros (MIOTO, 2016, p. 226). A autora explica que a ideia central da proposta familista se encontra na afirmação da tradição que existem dois canais naturais para satisfação das necessidades dos indivíduos: a família e o mercado. É somente quando uma dessas falham que o Estado deve intervir, de maneira transitória. Então nesse caso, a ideia que vem nas entrelinhas no campo da incorporação da política social é a ideia de “falência” da família. Desta forma, a política pública acontece de forma compensatória e temporária, devido à “falência” da família no provimento de condições materiais e imateriais de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização de seus membros. Isso quer dizer que há uma menor provisão de bem-estar por parte do Estado.

²⁴ Contudo, a autora destaca que “continua intocável o uso que a política social faz entre a perspectiva da família-domicílio e da família como rede de relações. Ou seja, quando se trata de atribuição de recursos e benefícios, a família domicílio é a chave, no entanto, quando se trata de captar os recursos da família para provisão de bem-estar se desliza para o entendimento da família como rede de relações. Em pesquisa realizada com profissionais de saúde foi possível observar que mesmo aqueles que tinham uma concepção de família pautada no modelo nuclear ou no domicílio, incorporavam outras concepções no momento da oferta de cuidados para os pacientes, a fim de obterem a participação da família no cuidado aos usuários. Nesse processo se visibiliza claramente a instrumentalização das concepções de família tendo em vista a efetivação de processos de responsabilização das mesmas nos marcos da proteção social” (MIOTO, 2014; BARCELOS, 2011 apud MIOTO, 2016, p. 224).

O fracasso das famílias é entendido como resultado da incapacidade de gerirem e otimizarem seus recursos, de desenvolverem adequadas estratégias de sobrevivência e de convivência, de mudar comportamentos e estilos de vida, de se articularem em redes de solidariedade e também de serem incapazes de se capacitarem para cumprir com as obrigações familiares (MIOTO, 2010, p.170).

Ao contrário dessa perspectiva, a proposta protetiva diz que a capacidade de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada à proteção que lhe é garantida por meio das políticas públicas. Considera que os problemas de proteção social não estão restritos às famílias e, portanto, a solução dos mesmos extrapola as suas possibilidades individuais. Condiciona a proteção social, exercida pela família, ao acesso à renda e ao usufruto de bens e serviços de caráter universal e de qualidade (MIOTO, 2016, p. 227). Assim, as políticas públicas são pensadas no sentido de “socializar antecipadamente os custos enfrentados pela família, sem esperar que a sua capacidade se esgote” (MIOTO, 2010, p. 170-171).

Segundo a autora, a concepção da proposta familista se revitaliza no bojo do ideário neoliberal, com a proposição do pluralismo de bem-estar social²⁵, em que há uma regressão da participação do Estado na provisão de bem-estar, apostando na organização da sociedade civil como provedora, e a família é chamada a reincorporar os riscos sociais (Ibidem).

Sobre o familismo, Passos em sua obra *Trabalho, Gênero e Saúde Mental*, que compreende o trabalho do cuidado (*care*) feminino no campo da saúde mental e seus desdobramentos, entre eles a invisibilidade, desvalorização e subalternidade da ocupação de cuidadora, destacando que essa função é exercida em sua maior parte por mulheres, vai dizer que

No caso brasileiro, é perceptível o familismo como modelo vigente nas práticas e nas políticas sociais. Esse modelo vem com uma falsa aparência de resolutibilidade e viabilização de direitos, encarregando a família de promover a proteção social. Na família brasileira, as mulheres exercem o trabalho doméstico e de *care* e ainda ocupam o mercado de trabalho. Entretanto, não é repensado pelo Estado, o mercado e a família a dupla ou tripla jornada exercida pelas mulheres, recaindo mais uma vez sobre elas as atribuições e responsabilidades vinculadas ao *care* (2018, p. 83).

²⁵ O pluralismo de bem-estar social se caracteriza pela “[...] ação compartilhada do Estado, do mercado (incluindo as empresas) e da sociedade (organizações voluntárias, sem fins lucrativos, a família ou rede de parentesco) na provisão de bens e serviços que atendam as necessidades humanas básicas” (PEREIRA apud MEDEIROS, 2013).

Assim, entendemos que a atuação da equipe técnica do Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas está ancorada no modelo do familismo, na medida em que a família é acionada para viabilizar a saída da mulher e de seu recém-nascido da instituição. Além disso, vemos como majoritariamente há uma figura de uma mulher que exerce o papel de cuidado sobre as mulheres e seus recém-nascidos, é sempre uma mãe, uma tia, uma irmã, uma filha, uma ex-sogra, entre outros.

Assim, o universo do cuidado, conforme a literatura mostra, resume-se na maioria das vezes ao universo feminino: “é unânime, na literatura nacional e internacional, a presença da mulher como cuidadora, geralmente esposa e filha” (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012, p. 726 apud PESSÔA; MARQUES, 2020, p. 76).

Gomes, ao analisar os autos processuais e realizar entrevistas com as profissionais dos setores técnicos que atuam com infância e juventude no estado de São Paulo nas ações de Destituição do Poder Familiar constata que

as pessoas da família extensa que se apresentam são, em sua maioria, as mulheres das famílias. Avós e tias-avó das crianças, do lado materno, são as figuras que reiteradamente aparecem nos processos reivindicando as crianças. Ainda, para além da família extensa, amigas das mães e madrinhas das crianças também são observadas, nos autos, como figuras que buscam se responsabilizar pelas crianças e evitar a destituição (2022, p. 145).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar os registros em prontuários das mulheres que tiveram passagem no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas foi um processo que possibilitou identificar as principais questões que perpassam em um ambiente com esse caráter.

Na graduação, quando fiz estágio durante dois anos em um setor de maternidade, uma das coisas que mais me chamou atenção foi o desafio que as assistentes sociais lidavam ao atender mulheres em situação de rua quando davam à luz. Logo de início, participei de uma reunião intersetorial com Conselho Tutelar, Assistência Social e a equipe da Maternidade cujo principal objetivo era discutir como ficaria a situação de uma determinada gestante e de seu filho quando ela desse à luz, tendo em vista que ela se encontrava em situação de rua, morando em um carro, e não contava com o suporte de seus familiares. Lembro que essa situação me causou muito estranhamento, tendo em vista que eu pensei “Onde está a autonomia dessa mulher para decidir sobre sua vida e sobre a vida da criança que ela estava gestando?”, “O que leva a profissionais determinarem sobre o que é melhor para ambos?”, com essas inquietações em mente, o tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para obter o título de bacharel em Serviço Social foi justamente analisar o desafio do exercício profissional no atendimento às mães em situação de rua que davam à luz seus bebês na Unidade Materno-Fetal do Hospital Federal dos Servidores do Estado diante da ausência de uma política pública que viabilizasse a permanência do binômio mãe-bebê, o que ocasionava a separação de ambos ainda na maternidade.

No meu TCC, eu realizei todo um estudo sobre o modo de produção capitalista, o fenômeno da população em situação de rua como consequência desse modo de produção, entendida como o que Marx denominou de “Exército Industrial de Reserva”, na medida em que não encontram compradores para sua força de trabalho. Também fiz uma análise sobre as políticas sociais e o exercício profissional do Serviço Social para demonstrar como a falta de uma política pública que garantisse a permanência do recém-nascido com a mãe que se encontra em situação de rua interfere na prática profissional da assistente social e faz com que seja enviado um relatório social à Vara da Infância, Juventude e Idoso (VIJI) tendo em vista garantir a proteção integral do recém-nascido. Dessa forma, a criança ficava sob a guarda provisória de algum membro da família extensa, ou na ausência deste, ia diretamente para acolhimento institucional e, por outro lado, a mulher voltava às ruas.

Hoje entendo que a grade curricular do curso de Serviço Social na época não me possibilitava apreender a trama de relações envolvidas nesse processo de retirada compulsória

dos filhos de mães em situação de rua, tendo em vista que como aponta Paulo Malvasi na introdução da sua tese de doutorado intitulada *Interfaces da vida loka: Um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo*, “a simples descrição das ‘causas externas’ que impactam na saúde não revela as complexas teias de significados construídas em torno da violência e, assim, dificultam a compreensão das experiências humanas em que a violência ocorre” (2012, p. 36). Por outro lado, o autor aponta que “[...] a pesquisa antropológica no campo da saúde permite uma perspectiva complementar à visão biomédica e epidemiológica. A proximidade permite um olhar sobre o microcosmo de relações humanas e outro tipo de análise sobre os sistemas sociais” (Idem).

Agora no mestrado tinha como objetivo inicial analisar as experiências das mulheres mães que estavam acolhidas junto com seus filhos no Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas para demonstrar como era imprescindível a existência de uma política pública com esse caráter para que não haja a retirada compulsória dos filhos dessas mulheres, apenas por elas estarem em situação de vulnerabilidade. No entanto, no decorrer da minha inserção no campo, esse objetivo inicial sofreu alterações, tendo em vista que eu gostaria de saber os desfechos das situações analisadas, o que não poderia ser feito juntamente com as mulheres que ainda estavam acolhidas, o que me fez recorrer aos registros em prontuários de mulheres que já tiveram passagem pelo serviço.

Fonseca em seu texto *O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia ‘em casa’* aborda o dilema envolvendo o uso (ou não) do anonimato no texto etnográfico. A autora traz uma citação de Luiz Roberto Cardoso de Oliveira em que ele vai dizer que o próprio objeto da pesquisa na Antropologia é negociado, na medida em que o trabalho de campo é o principal símbolo de suas atividades de pesquisa, em que há interação, atores, construção ou definição do problema pesquisado pelo antropólogo que vai sofrendo alterações no decorrer da etnografia.

Sobre esse aspecto, uma das coisas que sofreu alteração no decorrer da minha inserção no campo, foi justamente analisar as diversas maternidades e, não apenas, as mulheres que deram entrada na instituição por estarem em situação de rua como era do objetivo inicial. Algo que me surpreendeu no campo, ao analisar os registros em prontuários, foi justamente constatar como havia uma centralidade na questão da saúde mental das mulheres por parte da equipe técnica, através dos vários encaminhamentos para avaliação da psiquiatra.

Inicialmente, instigada pelas questões advindas do estágio na época da graduação, tinha como objetivo conhecer as histórias de vida das mulheres que tiveram passagem pelo Centro de Acolhida para Gestantes e Puérperas, suas concepções e formas de lidar com a experiência

de maternagem. No entanto, quando cheguei ao campo, percebi que não teria condições de conhecer as histórias tal como elas são, pois realizaria uma leitura dos prontuários das mulheres que já foram acolhidas e, como vimos, os registros em prontuários passam por um filtro das técnicas: o que consta nos prontuários é o que as técnicas, com base em seus princípios, valores, experiências, julgam como necessários para deixar registrados sobre essas mulheres. A cada leitura de prontuário me surgia dúvidas e inquietações que somente poderiam ser respondidas se eu tivesse a oportunidade de conversar com a mulher. E aqui está uma limitação que há nesse trabalho que é justamente não ouvir o que essas mulheres tem a dizer.

Não posso negar que o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas se configura como um serviço que viabiliza que as mulheres que estão em situação de vulnerabilidade e risco social permaneçam com seus filhos, no entanto, vimos que no próprio serviço o exercício materno está sendo avaliado constantemente, tanto pela equipe técnica, como pelas Orientadoras Socioeducativas, ocorrendo o encaminhamento para a Vara da Infância e da Juventude das situações nas quais a mulher não alcançou o ideal da maternidade a fim de determinar o melhor interesse para a criança . Percebe-se que há tentativas por parte das técnicas de viabilizar a saída da mulher para a casa de familiares ou que elas consigam sua independência, no entanto, há algumas situações em que há a necessidade de acionar o Poder Judiciário. Assim, vejo que apesar de inicialmente acreditar que um serviço com esse caráter seria a solução para a retirada compulsória dos filhos de mães em situação de vulnerabilidade ainda na Maternidade, analisando os prontuários, vejo que no próprio Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas há situações que retiram a autonomia dessas mulheres e elas são constantemente vigiadas em todas as suas ações, o que faz com que muitas mulheres não se adequem às normas da instituição.

Importante ressaltar que não foi identificado nos prontuários registros das técnicas sinalizando encaminhamentos para planejamento reprodutivo na rede de atenção básica, bem como não há atividades relacionadas ao tema na instituição, o que demonstra como o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas tem como foco principal o papel desempenhado pelas mulheres como mães, ou seja, o controle voltado à gestação e ao cuidado com o recém-nascido, e não há uma preocupação relacionada a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, tendo em vista que a reprodução e a sexualidade deve ser reconhecida como parte dos direitos humanos e a maternidade deve ser por escolha.

Vimos no prontuário de Sofia que ela estava em sua oitava gestação e aparece a informação de que ela se encontrava angustiada com a situação devido suas condições de saúde, pois já havia tentado por duas vezes realizar a laqueadura sem sucesso. Entretanto, apesar da

mulher ter permanecido no serviço por um período de 1 ano e 2 meses, não há registro das técnicas se foi feito encaminhamentos e orientações para Sofia ir até a UBS a fim do planejamento reprodutivo e, posteriormente, realização da laqueadura, já que era de seu interesse. Há apenas registros de encaminhamentos realizados para atendimento com psiquiatra e várias receitas de medicações psiquiátricas.

Para permitir que as pessoas tenham a opção de decidir quando e se querem ter filhos, é essencial fornecer informações e meios para isso. Inclusive há no Brasil desde 1996 a Lei do Planejamento Familiar, que desempenha um papel fundamental nesse aspecto, uma vez que assegura o acesso a informações sobre métodos contraceptivos e promove a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Essa legislação é primordial para possibilitar que as pessoas tomem decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva, permitindo-lhes escolher quando e se desejam conceber.

Para finalizar, é importante ressaltar como o serviço é referência para o atendimento dessas mulheres e tem crescido, como vimos com a ampliação nesse ano do número de vagas de 50 para 100, o aumento do período de permanência de 6 para 12 meses, além da possibilidade de permanência dos outros filhos das mulheres. Outrossim, tem agregado um grande número de mulheres imigrantes de outros países, o que não foi foco do presente trabalho, mas se trata de um fenômeno de suma importância para ser estudado.

REFERÊNCIAS

ABREU JUNIOR, Laerthe de Moraes; CARVALHO, Eliane Vianey de. O Discurso médico higienista no Brasil do início do século XX. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 427-451, nov., 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000300005>> Acesso em: 15 jan. 2022.

ALMEIDA, Magali da Silva. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. **Revista Em Pauta**, v. 12, n. 34, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rep.2014.15086>> Acesso em: 12 dez. 2021

AMPARO MATERNAL. **Centro de acolhida**. Disponível em: <<https://www.amparomaternal.org/amparo-maternal>>. Acesso em 06 mar. 2022a.

AMPARO MATERNAL. Nova gestão, ainda mais excelência nos serviços. Editora Iamonica Conectada, 2022b.

ANDRADE, Vítor Lopes. **Imigração e sexualidade**: solicitantes de refúgio, refugiados e refugiadas por motivos de orientação sexual na cidade de São Paulo. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180900>> Acesso em: 12 jun. 2023.

ARRUDA, Jalusa Silva de. Medicalização e controle dos corpos femininos na execução da medida socioeducativa de internação. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira.; PASSOS, Rachel Gouveia. (org). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe**. 1 ed. Rio de Janeiro: Autografia, v. 1, 2017, p. 169-184.

Begliomini, Helio. **Álvaro Guimarães Filho**. Disponível em: <<https://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/324/BIOGRAFIA-ALVARO-GUIMARAES-FILHO.pdf>> Acesso em: 22 de fev. de 2023

BIEHL, João. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 51, nº 2, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-77012008000200002>> Acesso em: 12 nov. 2022.

BRAGA, Ana Gabriela Mendes; ANGOTTI, Bruna. Da hipermaternidade à hipomaternidade no cárcere feminino brasileiro. **Revista internacional de direitos humanos**, v. 22, 2015, p. 229-239. Disponível em: https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2015/12/16_SUR-22_PORTUGUES_ANA-GABRIELA-MENDES-BRAGA_BRUNA-ANGOTTI.pdf Acesso em: 06 nov. 2022.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Niterói: Imprensa Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT**. Brasília, 2013. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>

Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf> Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL. Secretaria de Justiça e Cidadania. **Guia de orientações para o preenchimento do quesito Raça Cor Etnia**. Brasília, 2021. Disponível em: <

<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2022/01/0.-Guia-de-Orientac%CC%A7o%CC%83es-para-o-Preenchimento-do-Quesito-Rac%CC%A7a-Cor-Etnia-compactado-1.pdf>>. Acesso em 08 dez. 2023.

CARULA, Karoline. Perigosas amas de leite: Aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãe de Família. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, p. 197-

214, dez., 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000500011>>
Acesso em: 15 jan. 2022.

CDHLG. **Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo**. São Paulo:

Lampião, conteúdo e conhecimento, 2017. Disponível em: < <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2022.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. EURICO, Márcia Campos. **Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia**. CFESS: Brasília,

2022. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/nota-tecnica-raca-cor-2022-nov.pdf>>
Acesso em: 08 out. 2023.

CIDADE DE SÃO PAULO. Supervisões de Assistência Social. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/assistencia_social/supervisoes_de_assistencia_social/index.php> Acesso em: 14 mar. 2022.

CIDADE DE SÃO PAULO. Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS). Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=7345> Acesso em: 14 mar. 2022.

CLÍNICA DE DIREITOS HUMANOS LUIZ GAMA. **Sobre nós A Clínica**. Disponível em:

<<https://cdhluizgama.com.br/>> Acesso em 14 mar. 2023.

CÔRTEZ, Mariana. **Diabo e fluoxetina**: formas de gestão da diferença. 2012. 384 p. Tese

(Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2012. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/20.500.12733/1616851>>. Acesso em: 7 nov. 2022.

DE BARBIERI, Teresita. Sobre la categoria gênero: uma introducción teórico-metodológica. **Debates em sociologia**, n. 18, p. 145-169, 1993. Disponível em:

<https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.199301.006>> Acesso em: 15 nov. 2021.

EDWARDS, Adrian. **Refugiado ou Migrante? O ACNUR incentiva a usar o termo correto.** Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2015/10/01/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>> Acesso em: 15 abr. 2023.

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP. **Madre Marie Domineuc:** sua vida e suas obras constituem exemplo de sublime amor ao próximo. Disponível em: <<https://sp.unifesp.br/epm/noticias/madre-domineuc>> Acesso em: 18 mar. 2023.

FINAMORI, Sabrina. Who has the right to motherhood? A view on compulsory sheltering of babies in Belo Horizonte – MG (Brazil). In: 18TH IUAES WORLD CONGRESS, 2018, Florianópolis. Conference Proceedings Anais. Florianópolis: **Tribo da Ilha**, 2018, v. 4. P. 5607-5618.

FONSECA, Claudia. **Caminhos da adoção.** São Paulo, Cortez, 1995.

FONSECA, Claudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Revista Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p. 50-59, maio-ago., 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200006>> Acesso em: 18 nov. 2022.

FONSECA, Claudia. Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2ªEd. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

FONSECA, Claudia. **Parentesco, tecnologia e lei na era do DNA.** Coleção sexualidade, gênero e sociedade. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2014.

FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, Mães e Médicos:** Discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920). Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2006. Disponível em: <<http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/teses/freiremml.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2022.

GOMES, Janaína Dantas Germano. **O cuidado em julgamento:** Um olhar sobre os processos de destituição do poder familiar no estado de São Paulo. Tese de Doutorado Programa de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2022.

GUIMARÃES, Paula. Jovem preta é afastada de bebê após nascimento em maternidade de Florianópolis. **Catarinas**, Florianópolis, 30 de jul. de 2021. Disponível em: <<https://catarinhas.info/jovem-preta-e-afastada-de-bebe-apos-nascimento-em-maternidade-de-florianopolis/>> Acesso em: 10 out. 2021.

IAMAMOTO, Marilda. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMASHITA, Léa Maria Carrer. Saber médico no Brasil: Noções de degeneração e eugenia no debate educacional na década de 1920. **Projeto História**, São Paulo, n. 57, pp. 252-281, Set.-Dez., 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/29267>> Acesso em: 18 out. 2022.

LALEC. **Sobre a LALEC.** Disponível em: <<https://www.lalec.com.br/>> Acesso em: 15 de dez. 2022

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1-17, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>> Acesso em: 18 nov. 2022.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 3, n. 33, p. 580-595, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>> Acesso em: 18 nov. 2022.

MAGINI, Roberto. **Nunca Recusar Ninguém**: as muitas vidas da maior maternidade de assistência pública do país. São Paulo: Telabrazil, 2010.

MALHEIRO, Luana. **Tornar-se mulher usuária de crack**: cultura e política sobre drogas. Rio de Janeiro: Telha, 2020.

MARCOLINO, Taís Quevedo et al. Gestação e uso de substâncias psicoativas: qual é o cuidado em saúde desejado pelas mulheres?. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 26, 2018, p. 255-260. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030374>> Acesso em: 15 dez. 2022.

MARQUES, Heytor de Queiroz; PESSOA, Elisângela Maia. “Esse fator genético, eu não sei explicar”: Reflexões acerca das relações de parentesco e adoecimento genético. **Áltera**, João Pessoa, v. 1, n. 10, p. 58-89, jan./jun. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.22478/ufpb.2447-9837.2020v1n10.44511>> Acesso em: 25 nov. 2022.

MARTINS, Ana Paula Vosne. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.135-154, jan.-mar.2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100008>> Acesso em: 21 fev. 2022.

MARTINS, Eunice Francisca et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00133116>> Acesso em: 18 fev. 2022.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface – Comunicação, saúde, educação**, v. 16, n.40, p. 107-119, Jan./Mar.2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>> Acesso em: 15 mar. 2023.

MEDICINANET. F19.2 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/cid10/5297/f192_transtornos_mentais_e_comportamentais_devidos_ao_uso_de_multiplas_drogas_e_ao_uso_de_outras_substancias_psicoativas_sindrome_de_dependencia.htm> Acesso em: 16 abr. 2023.

MENANDRO, Leila Marchezi Tavares; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; ULIANA, Rafaela Soares da Silva. A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres mães e usuárias de drogas. **Revista Psicologia e sociedade**, v.31, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31210798>> Acesso em: 16 out. 2022.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e serviço social. **Serviço Social Revista**, Londrina, v.12, n.2, p. 163-176, jan./jun.2010. Disponível em: <<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>> Acesso em: 19 nov. 2022.

MIOTO, Regina Célia. Trabalho social com famílias: entre as amarras do passado e os dilemas do presente. In: **Política de assistência social e temas correlatos**. TEIXEIRA, Solange Maria (Org.). Campinas: Papel Social, 2016, 344 p.

MOTTA, Daniele. Do universal ao específico: entrelaçando gênero, raça e classe. **Cadernos CEMARX**, Campinas, n. 11, p. 71-88, 2018. Disponível em: <<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/cemarx/article/view/11291>> Acesso em: 19 nov. 2021.

NOVAES, Dirce Trevisi Prado. **Filhos, Saúde e Migração: O processo Migratório de Mulheres Angolanas para a Cidade de São Paulo**. 2021. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/24460>> Acesso em 26 mar. 2023.

NOVAIS, Kaito Campos. Aprendizados sobre maternagem ativista a partir das mães pela diversidade e do pensamento feminista negro. **Revista Humanidades e Inovação**, v.6, n.16, 2019. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1829>> Acesso em 18 jun. 2022.

NUNES, Silvia Alexim. A medicina social e a questão feminina. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 49-76, 1991. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73311991000100003>> Acesso em: 18 jan. 2022.

OLIVEIRA, Fátima. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Revista Estudos Avançados**, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142004000100006>> Acesso em: 15 nov. 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Em pauta**, Rio de Janeiro, n. 45, v.18, p. 116-129, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rep.2020.47219>> Acesso em: 15 nov. 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, Gênero e Saúde mental: Contribuições para a profissionalização do cuidado feminino**. São Paulo, Cortez, 2018.

PASTORAL DA SOBRIEDADE. **Sobre a pastoral**. Disponível em: <<http://www.sobriedade.org.br/sobre>> Acesso em: 30 de março de 2023.

PEREIRA, Tatiane Guimarães. **Atitudes e intervenções de profissionais que atuam junto a mulheres grávidas ou com bebês em contextos prisional**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-30042015-115515/pt-br.php>> Acesso em: 11 nov. 2022.

PEREIRA, Tatiane Guimarães; REIS, Alberto Olavo; ZIONI, Fabíola. Pensar, sentir e agir de profissionais que atuam com gestantes e mães com bebês no sistema prisional. **Revista**

Brasileira de Saúde Ocupacional, 2021, 46 e 10. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/WXQBFxQmWGPQwwbZ3yPwfWh/?format=pdf&lang=pt>>
 Acesso em: 23 mar. 2023.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista - Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RUI, Taniele et al. Amarga delícia: experiências de consumo de crack na região central de São Paulo. **Revista Inter-Legere**, Revista do PPGCS. Natal-RN, n.15, jul./dez., p. 87-109. Disponível em: <
<https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/6387/5004>> Acesso em: 12 jan. 2022.

SANTOS, Gilney Costa; CONSTANTINO, Patricia; SCHENKER, Miriam.; RODRIGUES, Luzania Barreto. O consumo de crack por mulheres: uma análise sobre os sentidos construídos por profissionais de consultórios na rua da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, p.3795-3808, 2020. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csc/a/GgvkrK9LjTRYDqkmwrTwLyG/?format=pdf&lang=pt>>
 Acesso em: 12 ago. 2022.

SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO. Conceitos da proteção social especial: Básica, Média e Alta Complexidade. Disponível em:
<https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/conceitos-da-protecao-social-especial/> Acesso em: 22 abr. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS. Portaria 46/2010/SMADS dispõe sobre a tipificação da rede socioassistencial do município e a regulação de parceria operada por meio de convênios. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, São Paulo, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS. Portaria 58/2021/SMADS dispõe sobre a operação da Central de Vagas de Acolhimento Institucional e Familiar da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, São Paulo, 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS. Portaria 13/2023/SMADS altera a Portaria SMADS nº46/2010 para incluir o Centro de Acolhida Especial para Gestantes e Puérperas. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, São Paulo, 2023.

SARTI, Cyntia Andersen. **Família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SERRANO, Samantha; MARTIN, Denise. Violência doméstica e saúde de mulheres migrantes bolivianas moradoras em oficinas domiciliares na grande São Paulo. **Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v.30, n.66, dez. 2022, p. 207-226. Disponível em: <
<https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006612>> Acesso em: 16 jun. 2023.

SILVA, Selma Lima da; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Exposição e invisibilidade: as narrativas de usos e controles de drogas consideradas ilícitas. **Revista Drogas, Saúde & Contemporaneidade**. 2017. Disponível em:

<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1017289/bis-v18n1-drogas-83-100.pdf>> Acesso em 15 nov. 2022.

SOUSA, Amanda de Araújo. **Serviço social e as mães em situação de rua: Desafios para o exercício profissional na Unidade Materno-Fetal do Hospital Federal dos Servidores do Estado**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. **Revista Estudos Feministas**, ano 3, nº 2, Rio de Janeiro-RJ, IFCS/UFRJ, 1995, pp. 303-329. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16443>> Acesso em: 24 out. 2022.

TARGINO, Janine. Apontamentos sobre o acolhimento de usuárias de substâncias e seus filhos em comunidades terapêuticas. **Política de Drogas, Saúde Mental e comunidades terapêuticas**. Niterói, 2023.

TEIXEIRA, Patrícia. **Espaço da prefeitura do Rio ameaça fechar após três meses de funcionamento; funcionários não recebem desde junho**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/espaco-da-prefeitura-do-rio-ameaca-fechar-apos-tres-meses-de-funcionamento-funcionarios-nao-recebem-desde-junho.ghtml>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

VIANNA, Adriana. **Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais**. 2014.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ZIONI, Fabiola. **Mulheres e crianças primeiro!** O caráter da intervenção do Estado no grupo materno-infantil da Colônia ao Milagre Brasileiro. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/D.6.2018.tde-07062018-174756>> Acesso em: 28 jan. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, pesquisadores abaixo relacionados envolvidos no projeto de pesquisa “Oportunidade de maternar fora das ruas: Análise das experiências das mulheres do Centro de Acolhida para Gestantes, Mães e Bebês em São Paulo/SP”, assinaremos esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo.

As informações necessárias ao estudo estão contidas nos prontuários das mulheres que estiveram acolhidas no Centro de Acolhida para Gestantes, Mães e Bebês, e se referem ao perfil socioeconômico dessas mulheres, bem como os desfechos tanto delas, quanto dos bebês, no período de 2010 a 2020.

Nos comprometemos em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, como estabelecido na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Declaramos, ainda, estar cientes de que é nossa responsabilidade a integridade das informações e a privacidade dos participantes da pesquisa. Também nos comprometemos que os dados coletados não serão repassados a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa abaixo relacionada.

Cabe ressaltar que estamos ancorados no inciso IV do artigo 7º da Seção I “Dos requisitos para tratamento de dados pessoais” da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) que diz que o tratamento de dados pessoais pode ser realizado para fins de estudos por órgãos de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais. Também nos ancoramos no item (c)



do artigo 11 da Seção II "Do tratamento de dados pessoais sensíveis" da referida lei que ressalta que o tratamento de dados pessoais sensíveis somente pode ocorrer sem fornecimento de consentimento do titular, dentre outras hipóteses elencadas, para realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis.

Estamos cientes do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Nos comprometemos, ainda, com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada acima aqui.

São Paulo, 27/02/2022

| Pesquisador | Assinatura |
|--|------------|
| Amanda de Araújo Sousa | |
| Rubens de Camargo Ferreira Adorno (orientador) | |

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Aceite



ANEXO I – TERMO DE ACEITE

PESQUISADOR: AMANDA DE ARAÚJO SOUSA
 CPF: 093685709 56 RG: 32.703.920-4 CNPJ: _____
 Vinculado à Instituição: FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - FSP/USP
 Período de Vigência: 25/02/2022 até 22/02/2022
 Título: "OPORTUNIDADE DE MATERNAR FORA DAS RUAS: ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES DO CENTRO DE ACOLHIDA PARA GESTANTES, MÃES E BEBÊS EM SÃO PAULO/SP"
I – DO OBJETO

Cláusula Primeira – Constitui objeto do presente termo aceite entre SMADS e PESQUISADOR, para fins de pesquisa científica.

II – DAS OBRIGAÇÕES DA SMADS

Cláusula Segunda - Para atendimento do objeto, a SMADS obriga-se a manter o Comitê Permanente de Avaliação de Pesquisa que terá as seguintes obrigações:

- I- Receber e Avaliar a pertinência da solicitação e consultar os setores e serviços envolvidos;
- II- Propiciar o acesso aos serviços ou dados pertinentes à solicitação, após aprovação pelo responsável do setor, serviço e SAS;
- III- Participar do planejamento das estratégias para devolutivas dos resultados de pesquisa;

III - DAS OBRIGAÇÕES DO PESQUISADOR

Cláusula Terceira - O pesquisador obriga-se a:

- I – Em caso de pesquisas que envolvam seres humanos, os pesquisadores deverão apresentar o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), previamente à aplicação de instrumentais e realização de entrevistas, que será indicado pela Plataforma Brasil;
- II – Comunicação às áreas afetas no campo de pesquisa, da disponibilização do trabalho final.

Cláusula Quarta – Tratando-se de um trabalho de natureza científica executado mediante a conjugação de esforços da SMADS e pesquisador, considera-se parte do processo de cooperação, a utilização do resultado por ambas as partes, disciplinada de acordo com as seguintes condições:

- a) Garantir a inclusão das fontes utilizadas em gráficos, tabelas e textos, além da indicação das referências na bibliografia conforme normas da ABNT ou Vancouver;
- b) disponibilizar o produto final para CECOAS (Centro do Conhecimento em Assistência Social) - 1 cópia física e 1 cópia digitalizada com autorização para disponibilização em catálogo eletrônico. Nos casos que a pesquisa gere a publicação em livro ou artigo em periódicos entregar ao CECOAS 3 volumes para ser disponibilizado para consulta;
- c) Caso haja interesse mútuo, poderá ocorrer o convite para a publicação dos conteúdos nas produções da SMADS e para participação em eventos, seminários, workshops e cursos organizados nesta pasta.



IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula Quinta - Este instrumento poderá ser modificado em qualquer de suas cláusulas e disposições, mediante Termo Aditivo, de comum acordo entre as partes, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por escrito.

Cláusula Sexta - O presente termo não envolve transferência de recursos financeiros ou recursos humanos entre as partes, cada qual arcando com eventuais despesas necessárias à execução de sua parte.

Cláusula Sétima – O presente termo de aceite entra em vigor na data de sua assinatura, com vigência por (período), podendo ser denunciado por iniciativa de SMADS a qualquer momento, sem aviso prévio.

Cláusula Oitava – As atividades previstas devem assegurar o respeito à ética, garantia de sigilo do nome dos usuários, sendo vedada:

- 1) a utilização de registro fotográfico de crianças e adolescentes, conforme artigos 17, 100, V e 143 do Estatuto da Criança e do Adolescente.
- 2) a utilização de imagem de adultos sem assinatura de permissão de uso e reprodução de imagem, conforme artigo 5º, X, da Constituição Federal.
- 3) a difusão de informação de nome e endereço dos serviços.

E por estarem assim justas e acordadas, as partes rubricam e assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor.

São Paulo, 09 de Januário de 20 22.

Amanda da Cunha Sousa

Pesquisador(a)

Eliane Regina Almeida D. dos Santos

Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS
ELIANE REGINA ALMEIDA D. DOS SANTOS
RP - 797.536.8 / ASSISTENTE ADMINISTRATIVO DE GESTÃO

Testemunhas:

1)
RG nº
CPF nº

2)
RG nº
CPF nº

ANEXO B – Ficha de Acolhimento



Centro de Acolhida para Gestantes, Mães e Bebês



FICHA DE ACOLHIMENTO

Identificação

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|
| N° _____ | Admissão ____/____/____ | Pasta (Arquivo Morto) _____ |
| N° do Código (SISA) _____ | NIS _____ | |
| Secretaria Municipal da Ass. Social _____ | Número de Identificação Social _____ | |
| Nome _____ | | |
| Mãe _____ | | |
| Pai _____ | | |
| Data de nascimento ____/____/____ | Idade _____ | |

Dados Principais

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Apelido _____ | | |
| Raça Declarada () Branca / () Negra / () Parda / () Indígena / () Não informada | | |
| Orientação Sexual () Assexual / () Bissexual / () Heterossexual / () Homossexual | | |
| Estado Civil () Solteira / () Casada / () Separada / () Divorciada / () Viúva | | |
| Companheiro _____ | Contato _____ | |
| Religião () Católica / () Evangélica / () Espírita / () Sem religião / () Outros _____ | | |
| Grau Instrução () Ens. Fund. I / () Ens. Fund. II / () Ens. Médio / () Ens. Superior | | |
| Profissão _____ Idioma _____ | | |
| Nacionalidade _____ | Naturalidade _____ | Procedência _____ |
| Chegada em SP ____/____/____ Data de início em situação de rua ____/____/____ | | |
| Último endereço _____ | | N° _____ |
| Bairro _____ | Cidade _____ | UF _____ CEP _____ |
| Tel para contato _____ | | Tel da convivente _____ |
| Equipe de Referência _____ | | Contato: _____ |

Dados do RN

| | | |
|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Nome: _____ | | |
| Data de nascimento ____/____/____ | Admissão ____/____/____ | |
| SISA _____ | Livro: _____ | Local de nasc: _____ |



Centro de Acolhida para Gestantes, Mães e Bebês



| | |
|---|--|
| Nº Doc. Identidade _____ | Nº CPF _____ |
| Título de Eleitor ()sim ()não | CTPS ()sim ()não |
| Protocolo de Refúgio _____ | Nº RNE _____ |
| Data de entrada no país ____/____/____ | |
| Enc. para PTR ____/____/____ | Recebe benefício socioassistencial ()sim ()não |
| Responde a processo judicial ()não ()sim / Vara/Fórum _____ | |

Saúde

| |
|---|
| Numero Cartão SUS _____ |
| Uso de SPAs ()não ()sim desde ____ qual? _____ |
| Fumante ()não ()sim desde _____ |
| Transtorno mental ()não ()sim / Diagnóstico _____ Tratamento _____ |
| Doenças prévias _____ |
| Uso de medicação contínua _____ |
| Gestação de risco ()não ()sim // Motivo _____ |
| Histórico gestacional ()1ª ()2ª ()3ª ()4ª ()5ª ()6ª ()7ª ()8ª ()9ª ()acima da 10ª Idade Gestacional _____ |

Origem do encaminhamento:

| |
|--|
| () Abordagem de rua () CAPE () CDCM () Centro Pop () Conselho Tutelar () CRAS () CREAS () CRM () Desaparecidos () Enc. de serviço de outro município () Enc. da PSE () Enc. da PSE () Ex acolhida () Fundação Casa () Hospital () Indicação de acolhida () Instituições religiosas () Maternidade () Refugiados () Rodoviária () SAICA () Saúde () Vara da Infância e Juventude |
| Obs _____ |

Desligamento

| |
|---|
| Data da saída ____/____/____ |
| Obs _____ |
| Motivo () Evasão / () Saída espontânea / () Autonomia / () Óbito / () Retorno à família () Transf. para outros serviços _____ |
| () Outros _____ |

ANEXO C – Formulário de solicitação de vaga de acolhimento (Mulheres)

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VAGA DE ACOLHIMENTO (Mulheres)

As informações com (*) são obrigatórias para a solicitação da vaga.

| IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA | | |
|--|---|---|
| *Subprefeitura/território de referência da usuária | | |
| <input type="checkbox"/> Aricanduva | <input type="checkbox"/> Itaim Paulista | <input type="checkbox"/> Pirituba/Jaraguá |
| <input type="checkbox"/> Butantã | <input type="checkbox"/> Itaquera | <input type="checkbox"/> Santana |
| <input type="checkbox"/> Campo Limpo | <input type="checkbox"/> Jabaquara | <input type="checkbox"/> Santo Amaro |
| <input type="checkbox"/> Capela do Socorro | <input type="checkbox"/> Jaçanã/Tremembé | <input type="checkbox"/> São Mateus |
| <input type="checkbox"/> Casa Verde/Cachoeirinha | <input type="checkbox"/> Lapa | <input type="checkbox"/> São Miguel |
| <input type="checkbox"/> Cidade Ademar | <input type="checkbox"/> M' Boi Mirim | <input type="checkbox"/> Sapopemba |
| <input type="checkbox"/> Cidade Tiradentes | <input type="checkbox"/> Mooca | <input type="checkbox"/> Sé |
| <input type="checkbox"/> Ermelino Matarazzo | <input type="checkbox"/> Parrelheiros | <input type="checkbox"/> Vila Maria/ Vila Guilherme |
| <input type="checkbox"/> Freguesia do Ó | <input type="checkbox"/> Penha | <input type="checkbox"/> Vila Mariana |
| <input type="checkbox"/> Guaianases | <input type="checkbox"/> Perus | <input type="checkbox"/> Vila Prudente |
| <input type="checkbox"/> Ipiranga | <input type="checkbox"/> Pinheiros | |
| Distrito de referência da munícipe: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | |
| Endereço de referência da munícipe: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | |
| *Nome completo da munícipe: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | |
| Se possuir nome social, preencha: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | |
| RG: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | CPF: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| Certidão de Nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | CÓDIGO DO CIDADÃO (SISA): Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| Se estrangeiro, informe o RNE: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Se estrangeiro, informe o N° do passaporte: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| *Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> Cis <input type="checkbox"/> Trans/Travesti | |
| | <i>Nota: Cis é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu. Trans é a pessoa que se identifica com um gênero</i> | |

| | |
|---|--|
| | <i>diferente daquele que lhe foi dado no nascimento.</i> |
| *Data de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Idade: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| *Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela | *Estado Civil: : <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Não informado |
| *Nome da mãe: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| Acolhimento Sigiloso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Tipologia de serviço: <input type="checkbox"/> CAEMSV <input type="checkbox"/> CAEM <input type="checkbox"/> República Adulto | |

Breve relato: (inclua informações resumidas sobre o caso)

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

*** PERFIL DA SOLICITAÇÃO**

INDIVIDUAL GRUPO FAMILIAR

Identificação dos filhos (as) – *Inserir apenas os filhos que serão acolhidos com a mãe*

| | |
|---|--|
| Nome completo: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Data de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| Nome completo: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Data de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| Nome completo: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Data de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

*A usuária necessita de cuidados de terceiros? SIM NÃO

Entende-se por cuidados de terceiros a necessidade de apoio para a realização de atividades da vida diária

* Se SIM, de quais tipos de cuidados a usuária necessita?

*A usuária e/ou seus filhos têm algum tipo de deficiência? SIM NÃO

Se sim, qual tipo de deficiência? (*Inclua informações adicionais no campo "breve relato"*)

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Usa cadeira de rodas ou algum tipo de tecnologia assistiva? SIM NÃO