



MATERNIDADES E VULNERABILIDADES

Efetivando os Direitos e fortalecendo a Rede de Proteção de Mães e Bebês

Realização

Defensoria Pública do Estado de São Paulo:

Núcleo Especializado da Infância e Juventude

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos

Tânia Biazioli de Oliveira - Psicóloga Agente da Defensoria Pública - Regional Criminal

Contribuição

Ana Luiza Patriarca Mineo - Psicóloga - Agente da Defensoria Pública - Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial - NUDDIR

Elisabete Gaidei Arabage - Assistente Social - Agente da Defensoria Pública - Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial - NUDDIR

Yasmin Pestana - Defensora Pública do Estado de São Paulo

Thais Machado Dias - Médica de Família e Comunidade, mestra em Saúde Coletiva, compondo atualmente o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.

Diagramação:

EDEPE - Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Foto da capa:

Black-photography Black-photography em 123RF

Parcerias:



COMISSÃO FLORES DE LÓTUS



1ª Edição publicada em novembro de 2020



Sumário

<u>Introdução</u>	5
<u>Gestação e Parto</u>	7
1. <u>Quem são as mães e as/os bebês em situação de vulnerabilidade?</u>	7
2. <u>Quais serviços atendem as gestantes em situação de vulnerabilidade no pré-natal?</u>	9
3. <u>O que é o “Plano de Parto”? Como ele poderá ajudar as mulheres?</u>	12
<u>Pós-Parto: redes de proteção e direitos das mães e das crianças</u>	15
4. <u>As mães com histórico de uso de substâncias psicoativas, questões de saúde mental, e/ou situação de rua poderão amamentar a/o bebê?</u>	15
5. <u>Quais políticas e articulações devem ser garantidas no momento da alta hospitalar das mães e das/dos bebês?</u>	19
6. <u>A falta de vagas para o acolhimento das famílias poderá justificar a separação de mães e bebês nas maternidades e a consequente judicialização dos casos, com a possibilidade de destituição do poder familiar?</u>	21
7. <u>Quais são os critérios legais para o acionamento das Varas de Infância e Juventude?</u>	22
8. <u>O não comparecimento das mães às audiências de acolhimento e/ou suspensão/ destituição do poder familiar, de fato, significa o não interesse pela criança no processo judicial?</u>	23

<u>9. O que significa o conceito de “melhor/superior interesse da criança” que está previsto no ECA?</u>	<u>24</u>
<u>10. A adoção é o melhor caminho? Quando a/o filha/o é adotada/o a mãe pode ter informações?</u>	<u>26</u>
<u>11. O que é entrega protegida de crianças recém-nascidas para fins de adoção?</u>	<u>27</u>
<u>Fluxograma da Nota Técnica Conjunta n° 01/2016/MDS/MSaúde</u>	<u>29</u>
<u>Contatos - Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP)</u>	<u>31</u>
<u>Contatos - Parceiras</u>	<u>33</u>
<u>Saiba mais</u>	<u>36</u>



Introdução

“Como se mede a capacidade de ser mãe, de cuidar e de amar?”¹

Esta cartilha é voltada às/aos profissionais que atendem famílias, mulheres mães e bebês que estão em situação de vulnerabilidades (situação de rua, e/ou uso abusivo de substâncias, e/ou com questões relacionadas à saúde mental, entre outras); considerando o período da gestação, do parto e do pós-parto (puerpério).

O cuidado das/os bebês não deve ser responsabilidade exclusiva das mães, ao contrário, é necessário e urgente **o apoio de toda a família para os cuidados com as crianças**, sobretudo do pai, quando houver, bem como de toda a sociedade e o Estado, conforme previsto no artigo 227 da Constituição Federal². Inclusive, é **dever do Estado** também **garantir proteção social às famílias em situação de vulnerabilidade social**.

Famílias nessas situações têm diferentes trajetórias e, por vezes, condições históricas e intergeracionais de vulnerabilidade social. No entanto, **o estigma é maior sobre as mulheres e mães em situação de rua** e, juntamente com suas/seus bebês, representam o foco dessa cartilha que **busca fornecer orientações sobre seus direitos**.

É preciso também **desconstruir a suposta presunção de conflito entre os direitos das mulheres e os direitos das crianças**. A proteção às crianças deve ocorrer prioritariamente no seio da família, portanto, **proteger e oferecer os recursos necessários à família de origem é uma maneira de promover os cuidados e os direitos das crianças** e, assim,

1 LANSKY, 2018, p.195.

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

contribuir para a possibilidade de interrupção do ciclo de violências que marca a história de famílias que, por gerações, tiveram seus direitos violados.

Infelizmente, ainda é muito comum ocorrer a separação desnecessária entre bebês e suas mães em razão dessas vulnerabilidades - seja logo após o nascimento nas Maternidades públicas ou em outras ocasiões - o que viola o direito à convivência familiar assegurado pelo Estatuto da Criança e Adolescente - ECA³. Ademais, a separação abrupta de bebês de suas mães, nesse momento, logo após o parto, momento tão importante e significativo para ambos, pode também ser configurada como Violência Obstétrica contra mulheres e e Violência Neonatal contra as/os bebês⁴.

Sendo assim, nosso objetivo é **prevenir violações de direitos, evitando desnecessárias e abruptas separações entre bebês e suas mães**⁵, sem que haja amparo na lei. Também é nosso objetivo **fomentar e garantir as políticas públicas adequadas para esse público, bem como a efetiva articulação da rede de atendimento, de cuidado e de proteção.**

Ótima leitura!



-
- 3 Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.
- 4 Sobre Violência Obstétrica ver: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf).
- 5 [Nota pública do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente \(CONANDA\) de repúdio à retirada compulsória de bebês de mães usuárias de substância psicoativas. 2017. Disponível em: https://www.direitosdacrianca.gov.br/documentos/notas-publicas-dos-conanda/nota-publica-em-repudio-a-toda-e-qualquer-medida-que-autorize-a-retirada-compulsoria-de-bebes-19-10-2017/view](https://www.direitosdacrianca.gov.br/documentos/notas-publicas-dos-conanda/nota-publica-em-repudio-a-toda-e-qualquer-medida-que-autorize-a-retirada-compulsoria-de-bebes-19-10-2017/view).



Gestação e Parto

“De quem são as vidas que importam? De quem são as vidas que não importam como vidas, não são reconhecidas como vivíveis ou contam apenas ambigualmente como vivas?”⁶

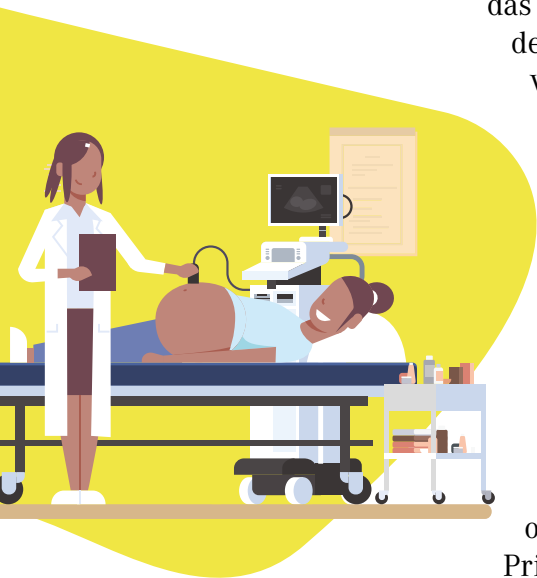
1. Quem são as mães e as/os bebês em situação de vulnerabilidade?

São mulheres mães - incluindo as gestantes - e bebês que estão em situação de rua, e/ou uso abusivo de substâncias, e/ou com questões relacionadas à saúde mental, entre outras.

Em relação às mulheres em situação de rua⁷, compreender as vivências da maternidade nestas condições é um dos aspectos mais desafiadores para o desenho das políticas de cuidados. Isto ocorre porque os fatores que podem levá-las a estarem em situação de rua são múltiplos e complexos, portanto, requerem que a/o profissional se abstenha, durante o acompanhamento dessas mulheres, de seus pré-conceitos para uma análise que abarque aspectos técnicos, sociais, históricos, políticos e culturais.

6 BUTLER, 2018, p.224.

7 Sobre as mulheres em situação de rua, ver *Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo*. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, Prefeitura de São Paulo, 2015. ROSA, Anderson Silva. *Mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo: um olhar sobre trajetórias de vida*. Tese de doutorado em enfermagem. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012. TIENE, Izalene. *Mulher moradora na rua - espaços e vivências: Um estudo exploratório sobre as moradoras na rua em Campinas, SP*. Dissertação de mestrado em Serviço Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2000.



Pensar as mulheres em situação de rua nos convoca a refletir acerca das sucessivas negações que recebem ao longo de sua vida: negação de ter um lar⁸, que pode significar segurança, privacidade, individualidade; negação da família e da maternidade, uma vez que as separações de suas crianças e a insuficiência de vagas em serviços públicos para acolhimento do grupo familiar promovem a ruptura forçada dos vínculos remanescentes; negação da proteção, uma vez que as violações e violências vividas em seus lares não puderam ser acolhidas pelas políticas de cuidado e culminam, tantas vezes, na sua ida para a rua; negação do trabalho formal pela imposição da maternidade exclusiva⁹ decorrente da ausência de locais e apoios para deixarem suas/ seus filhas/os em segurança e conquistarem autonomia; negação do acesso e do tratamento de saúde, concretizada pelas dificuldades de implantação de políticas públicas que observem o princípio da Redução de Danos¹⁰, um dos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS)¹¹, bem como o acompanhamento das questões decorrentes do abuso ou uso de substâncias psicoativas especificamente para mulheres; bem como a negação ou a deficiência nessas políticas de discussões sobre as discriminações raciais, de classe, de gênero, de orientação sexual etc.

É importante ressaltar que o racismo institucional, que pode ser identificado na existência de obstáculos específicos que atuam de forma a marginalizar e invisibilizar as necessida-

- 8 Lugar do privado e, muitas vezes permeado por de situações de violências para as mulheres em uma sociedade patriarcal que, por sua vez, funciona como uma estrutura de poder que se organiza em torno da autoridade masculina, de acordo com Saffioti (2004), referindo-se “(...) a milênios da história mais próxima, nos quais se implantou uma hierarquia entre homens e mulheres, com primazia masculina” (SAFFIOTI, 2004, p. 136). A violência, em suas mais variadas formas e nuances, é um recurso bastante utilizado para manutenção e reafirmação desse poder masculino. Assim, o patriarcado pode ser problematizado “(...) enquanto discurso normativo de papéis familiares, uma vez que valores patriarcais atravessaram os tempos e deixam suas marcas na constituição das famílias ainda na atualidade” (NARVAZ; KOLLER, 2006, p.01).
- 9 Trata-se de situação em que as mães são as únicas responsáveis pelo cuidado das/os filhas/os na totalidade de seu tempo, dificultando ou até impossibilitando a conquista da autonomia financeira, pela inexistência de tempo disponível para estudo, capacitação profissional, busca e exercício de atividade de trabalho. Tal situação impõe uma ausência de cuidados com a própria saúde; lazer e diversão, favorecendo assim o adoecimento e o sofrimento mental, em especial para as mulheres em situação de violência e/ou outras vulnerabilidades.
- 10 A Política do Ministério da Saúde para atenção integral de usuários de álcool e outras drogas (2003), propõe: “A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10)”. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf.
- 11 A partir da publicação do Decreto Nº 9.795/19, a Atenção Primária à Saúde (APS) adquire status de Secretaria no âmbito do Ministério da Saúde, enfatizando-se assim sua relevância e prioridade no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/secretaria-de-atencao-primaria-a-saude>

des da população negra, bem como o racismo estrutural agravam a situação das mulheres negras em situação de vulnerabilidades¹².

Existem ainda as mães ou gestantes que possuem também questões específicas de saúde mental. Não devemos nos esquecer de que, para além do pré-natal, as gestantes necessitam também de cuidado à sua saúde mental, cuidado esse que deve ser realizado com perspectiva integral e intersectorial, buscando sempre a promoção de sua saúde e o fortalecimento de sua autonomia.

É nesse sentido que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹³ compreende que o cuidado deve se efetivar por meio da percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, bem como “de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas”.

2. Quais serviços atendem as gestantes em situação de vulnerabilidade no pré-natal?



A Nota Técnica Conjunta nº 001/2016 SAS/MS e SGEP¹⁴, do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, estabelece diretrizes, fluxo e fluxograma¹⁵ para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e suas/seus filhas/os recém-nascidas/os/. Nos termos da referida Nota Técnica, a abordagem da mulher gestante em situação de rua ou de alta vulnerabilidade social, incluindo mulheres com questões de saúde mental, deve ser realizada, preferencialmente, de forma conjunta com o Serviço Especializado em Abordagem Social e pela Atenção Primária à Saúde (equipes de Estratégia de Saúde da Família ou equipes de Consultório na Rua), com o objetivo de conhecimento da situação, identificação das principais demandas de cada mulher (e sua família), criação de vínculo e relação de confiança entre as mulheres e as/os profissionais dos serviços.

O acompanhamento na Atenção Primária à Saúde deve ser realizado de forma integrada e compartilhada com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que podem cuidar especificamente da questão do Álcool e outras Drogas (CAPS ad) caso existam questões relacionadas ao uso de substância psicoativas e questões de saúde mental; e também com apoio das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

12 Nesse sentido, as mulheres negras gestantes, em situação de rua ou não, poderão sofrer também com práticas racistas no momento da gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, que se somam e criam contornos diferentes à Violência Obstétrica.

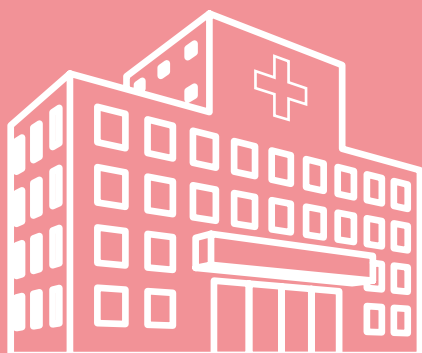
13 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

14 Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msauade.pdf.

15 Disponível nas páginas 21/22 dessa cartilha.

das UBS ou das equipes multiprofissionais de apoio à Atenção Primária à Saúde ou Consultórios na Rua. Esse acompanhamento também pode se dar nos ambulatórios de pré-natal de alto risco.

É muito importante a parceria dos serviços obstétricos de alto risco no matriciamento das equipes de Atenção Primária à Saúde, principalmente na construção de fluxos municipais de acesso facilitados a exames, em especial a ultrassonografia obstétrica, e também que essa articulação das equipes de Atenção Primária à Saúde com a maternidade de referência aconteça desde o pré-natal, a fim de organizar estratégias de cuidados e encaminhamentos no puerpério.

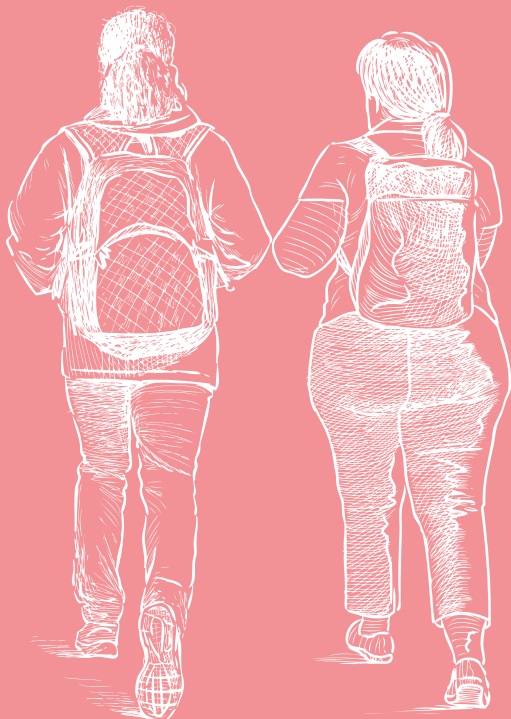


Nos casos de urgência e emergência relacionados ao pré-natal, o atendimento deve ser feito na rede de emergência, no pronto-socorro e nos hospitais gerais.

Em relação às mulheres com questões de saúde mental é essencial que o Projeto Terapêutico Singular – PTS¹⁶ seja construído a partir do acolhimento e escuta qualificada de todos os seus interesses e aborde também questões ligadas à gestação e à maternidade, bem como ao seu interesse de manutenção de vínculos após o nascimento da criança ou outras/os filhas/os que tiver.

16 “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários” (BRASIL, 2007, p. 40). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.

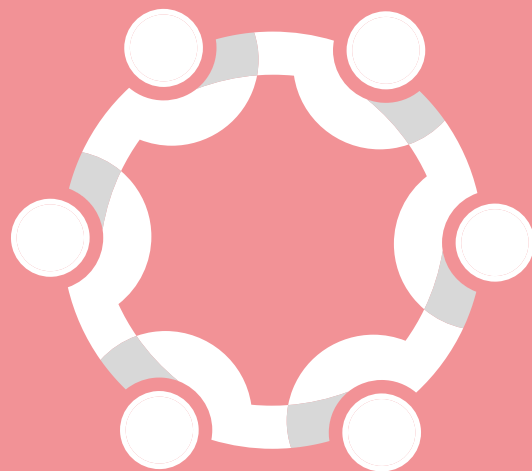




A oferta de cuidados deve também levar em conta que gestantes adolescentes devem ter garantido os acessos à saúde e à proteção integral, nos termos do artigo 6º do ECA.

Importante destacar que as mulheres, por vezes, podem deixar de fazer o pré-natal com medo de perderem suas/seus filhas/os. Desse modo, para evitar que essas/esses “bebês fiquem estigmatizadas/os” é necessário que essas mães não sejam estigmatizadas antes. A criação e o fortalecimento de vínculo de confiança entre gestantes e as/os profissionais são, portanto, essenciais.

Por fim, se faz fundamental que já neste momento do pré-natal ocorram ações articuladas entre a rede de proteção, por meio da integração entre os serviços de Saúde, Assistência (CREAS, CRAS, Centros de Acolhida etc.) e do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (Defensoria Pública, Conselhos Tutelares), entre outros, para promover recursos e apoios necessários a essas mulheres e bebês, incluindo familiares ou pessoas de sua confiança.





3. O que é o “Plano de Parto”? Como ele poderá ajudar as mulheres?

O Plano de Parto é um **documento altamente recomendado** pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e previsto na Lei Estadual nº 15.759/2015¹⁷, devendo ser estimulado **por melhorar o nível do atendimento às mulheres e recém-nascidas/os**. Como instrumento educativo e de garantia de direitos, possibilita o acesso às informações sobre direitos e saúde das mulheres e bebês e, assim, maior autonomia através de informações de qualidade, baseadas em evidências científicas, dando subsídios à tomada de decisões que envolvam o nascimento de sua/seu filha/o.

O Plano de Parto é, então, uma lista de cuidados que as mulheres poderão preencher, registrando o que consideram mais importante durante seu trabalho de parto, parto e pós-parto, e como gostariam que sua/seu bebê fosse cuidada/o logo após o nascimento. É muito importante que as mulheres sejam orientadas a preencher cada uma das opções em conjunto com sua equipe de referência no pré-natal, oportunidade que terá para esclarecer todas as suas dúvidas e conversar sobre seus medos relativos ao momento do parto e nascimento. **Lembrando que as decisões e as escolhas são das mulheres, a partir das possibilidades seguras para elas e para as/os bebê/s**. Elas também precisam ser previamente informadas quando estas escolhas não forem possíveis de serem adotadas e por quais motivos há esse impedimento.

A versão do Plano de Parto apresentada pela Defensoria Pública de São Paulo¹⁸ **também inclui um campo**

17 **Artigo 4º** - Diagnosticada a gravidez, a gestante terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual deverão ser indicados:

I - o estabelecimento onde será prestada a assistência pré-natal, nos termos da lei;

II - a equipe responsável pela assistência pré-natal;

III - o estabelecimento hospitalar onde o parto será preferencialmente efetuado;

IV - a equipe responsável, no plantão, pelo parto;

V - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto pelos quais a gestante fizer opção.

18 O Núcleo de Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria

para que profissionais que atendem as mulheres se identifiquem como referência, sejam da Saúde, da Assistência Social, do Sistema de Justiça ou de outras áreas, **integrando assim a rede de serviços que acompanham as mulheres em situação de vulnerabilidades.** Dessa forma, quando as mulheres entregarem seu Plano de Parto, a equipe do local (Maternidade ou Casa de Parto) não precisará fazer todo o resgate das informações prévias, identificando e articulando assim, com mais facilidade e rapidez, as ações para os cuidados e os apoios no pós-parto; sendo esse um importante momento para assegurar a manutenção do vínculo e convívio familiar da mãe e da/o bebê. É uma forma de prevenir, assim, a judicialização de questões que podem ser resolvidas por intermédio da articulação da rede de serviços e de diferentes políticas públicas.

Portanto, **a articulação de toda a rede precisa ser construída, preferencialmente, durante o pré-natal.** Assim, é interessante que as mulheres tenham a oportunidade de conhecer o local de referência para o seu parto, conforme disposto em lei federal¹⁹, onde poderão conversar com a equipe sobre seu Plano de Parto, protocolando-o formalmente também para que seja incluído em seu prontuário clínico. **Caso seja necessário, as/os profissionais de referência no acompanhamento do pré-natal da mulher devem realizar essa articulação com a equipe do local de parto,** agendando uma visita e conversando sobre as necessidades daquela mulher e, posteriormente, da/o bebê também, demonstrando que os apoios e os acompanhamentos para o pós-parto também estão sendo garantidos.

A Defensoria Pública, como instituição que faz parte dessa rede de atendimento e que tem como função a promoção dos direitos humanos das mulheres e das/os bebês, poderá ser acionada já no Pré-natal sempre que necessário, inclusive preventivamente, antes da separação da/o bebê de sua mãe **para, entre outras atua-**

ções: auxiliar e atuar na regularização de documentos pessoais da mãe e da/o bebê; atuar para garantir políticas públicas (como vagas conjuntas para mães e bebês em Centros de Acolhida especializados, acesso a medicamentos etc.); levantamento de

Pública de São Paulo lançou, em parceria com o Núcleo Especializado da Infância e Juventude e com outras instituições, uma versão do Plano de Parto com informações sobre as legislações relacionadas à busca por um parto respeitoso, Violência Obstétrica, Entrega Protegida e, ainda, orientações sobre a Rede de Proteção e Apoio às mães e bebês para garantir direitos e evitar separações e rompimento do convívio familiar desnecessariamente. Ver *Plano de Parto*. São Paulo: Defensoria Pública, 2018. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Plano_Parto_A5.pdf.

19 Lei federal nº 11.634/2007 dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

eventuais pendências judiciais; busca ativa de familiares; zelar pela elaboração/observância do Plano de Parto; exercer a defesa da mãe e do bebê nas ações judiciais de acolhimento e destituição/suspensão do poder familiar entre outras possíveis atuações e orientações.



Pós-Parto:

Redes de proteção e direitos das mães e das crianças

“É preciso uma vila inteira para criar uma criança”.
Provérbio africano.

4. As mães com histórico de uso de substâncias psicoativas, questões de saúde mental, e/ou situação de rua poderão amamentar a/o bebê?

A Portaria nº 2068/2016²⁰ do Ministério da Saúde prevê o direito ao alojamento conjunto entre mãe-bebê já que esse direito favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com apoio, promoção e proteção, de acordo com as necessidades da mulher e da/o recém-nascida/o, respeitando as características individuais, enquanto a Portaria nº 371/2014 prevê o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida²¹.

A amamentação é, portanto, um ato com reconhecidos benefícios biológicos (nutricionais e imunológicos) e simbólicos para a relação mãe e filha/o²². Constitui-se como um direito da mãe e também um direito da criança, desde que a mãe deseje amamentar, sendo a base para quase todas as recomendações em pediatria e critérios para a certificação hospitalar de “Maternidade Amiga da Criança”²³.

20 Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html.

21 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.

22 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf.

23 Portaria nº1.153/2014 do Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html#:~:text=Redefine%20os%20crit%C3%A9rios%20de%20habilita%C3%A7%C3%A3o,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html#:~:text=Redefine%20os%20crit%C3%A9rios%20de%20habilita%C3%A7%C3%A3o,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)



O incentivo ao aleitamento materno, respeitados os desejos da mulher, pode ser uma ferramenta importante no estabelecimento do vínculo da/o bebê com sua mãe. Contudo, não há aqui um reforço aos estereótipos de que só seria possível a construção desses vínculos por meio da amamentação, ou de que mães que não amamentam têm menos ligações afetivas com suas/seus filhas/os. No entanto, nos casos em que a mulher deseja amamentar, essa pode ser uma importante via de aproximação afetiva entre mãe e bebê e também de fortalecimento de seu autocuidado, além de fonte nutricional importante para o desenvolvimento da criança.

É necessário esse reforço, pois nos casos de mães com histórico de uso de substâncias, não é raro que esse direito seja violado. A princípio, é fundamental ressaltar que **o fato da mãe ter histórico de uso de substâncias não impede ou contraindica, a priori, a amamentação.** Embora o uso de certas drogas durante o período de aleitamento não seja recomendado, é necessário que a equipe de saúde em conjunto com a mãe avalie riscos e benefícios de outras opções, tanto para ela, quanto para a/o bebê. Idealmente, a abstinência de substâncias psicoativas configura o melhor cenário²⁴; entretanto, como essa condição não está sempre presente, a proposta de Redução de Danos, para além de uma norma de abstinência total, nos convida a refletir sobre opções possíveis que não se reduzem ao simples binarismo do uso ou não uso de substâncias, amamentação exclusiva ou aleitamento artificial exclusivo, logo na Maternidade.

Quando as estratégias de Redução de Danos são adequadamente implementadas os benefícios do aleitamento podem superar os riscos. É preciso ponderar individualmente, por exemplo, entre outros pontos, sobre qual histórico de uso se trata, de qual tipo de substância, em qual quantidade, há quantas horas está sem uso etc.

Já existem evidências científicas que defendem que mesmo nos casos de uso elevado de substância psicoativa, considerando que a dose total ingerida de leite materno pela/o recém-nascida/o nas primeiras 24 horas de vida é muito pequena, o risco de toxicidade para a/o bebê é muito baixo²⁵.

24 BARTHOLOMEW, 2019.

25 CARVALHO, Marcus Renato de. Amamentação - Bases Científicas, 4ª Edição. 2016.

O aleitamento artificial também é uma opção perfeitamente possível nos casos em que as mães assim o desejem, e essa opção deve ser sempre respeitada, bem como quando não for possível ou não for recomendada clinicamente a amamentação. Mas é de suma importância, caso haja opção pela introdução da alimentação artificial, que esta seja feita a partir de uma decisão conjunta e compartilhada entre mulher e equipe de saúde, baseada em evidências científicas, em orientações pertinentes e acessíveis às mulheres.



O Ministério da Saúde recomenda, por outro lado, que toda puérpera vivendo com HIV seja orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos, até a criança completar seis meses de idade²⁶. Caso desejem, as mulheres também podem acessar bancos de leite humano. Neles, o leite doado por outras mães passa por triagem e tratamento - o que o livra de qualquer possibilidade de transmissão de doenças ou de infecções.

26 Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2019).

No caso de mulheres que utilizem medicamentos para tratamento de transtornos mentais crônicos ou para transtornos relacionados ao uso de substâncias, a decisão entre amamentação ou aleitamento artificial também deve ser tomada de forma compartilhada entre a mulher, a equipe de Atenção Primária à Saúde e a/o psiquiatra.





Recomenda-se, sempre que possível, que as puérperas que vivem com HIV/Aids tenham direito de optar em não dividir quarto na Maternidade com outras mulheres que podem amamentar, visto a dificuldade enfrentada por algumas dessas mulheres no que diz respeito à vontade de manter o sigilo sobre sua soropositividade. O sofrimento emocional desencadeado pela não possibilidade de amamentação proporciona, para algumas, sentimentos dolorosos e conflitantes. Assim, é preciso um olhar sensível e uma abordagem humanizada pela equipe de saúde, o que incentiva a adesão ao tratamento e ao mesmo tempo garante maior vínculo entre mãe e recém-nascida/o.

Adotar uma perspectiva humanizada no atendimento às mulheres em diferentes contextos de vulnerabilidades, é darmos atenção a um conjunto de aspectos envolvendo questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais, com vistas à incorporação de um conceito integral de saúde, para além de um viés biologista e medicalizador, conforme bem aponta o Ministério da Saúde na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher²⁷.

Logo, um atendimento humanizado em saúde também diz respeito à aprendizagem e ao compartilhamento de saberes e direitos e deve primar por estabelecer relações entre pessoas que, embora distintas em suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero, são essencialmente semelhantes.

27 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

5. Quais políticas e articulações devem ser garantidas no momento da alta hospitalar das mães e das/os bebê?

Nos termos da Nota Técnica Conjunta nº 001/2016 SAS/MS e SGEP²⁸, mencionada anteriormente, deve-se garantir a **alta responsável** da criança, não devendo a sua permanência ser prorrogada sem necessidade. A/o profissional que atende mulheres puérperas em maternidades deve estar preparada/o para identificar o nível e o tipo de vulnerabilidade social vivida, de modo a encontrar a política pública mais adequada para a continuidade da oferta de cuidados para mães e bebês. **Devem ser garantidas a oferta de serviços de saúde e de assistência social para acompanhá-las/los, quando necessário, para garantia da convivência familiar.**

Por outro lado, é comum que as equipes dos hospitais relatem a necessidade de liberar os leitos em 48 horas. Contudo, as 48 horas para liberação da/o recém-nascida/o e de suas mães em uma Maternidade é apenas um parâmetro mínimo, não máximo. Assim, um trabalho social e psicológico cuidadoso pode extrapolar, dentro da razoabilidade, o período de 48 horas quando se justificar pela perspectiva de proteção da manutenção da união mãe e bebê ou deste/desta com a família extensa.



Vencer as barreiras do preconceito histórico ao qual essas mulheres costumam estar sujeitas depende de vínculo afetivo e de confiança com cada uma delas e, fundamentalmente, de tempo. A postura profissional, nestes casos, deve visar ao investimento na construção de vínculo de confiança com a mulher com o estrito objetivo de encontrar com elas estratégias possíveis para facilitar a permanência da/o bebê com sua mãe e sua família, caso ela assim o deseje.

Sabe-se que não é de responsabilidade exclusiva da equipe da maternidade encontrar soluções para as vulnerabilidades da família. Por esta razão, ressalta-se a importância de realizar a articulação com a rede de serviços, inclusive de outras políticas públicas, para que auxiliem a promover o direito à convivência familiar entre mãe-bebê. **A responsabilidade precisa ser compartilhada horizontalmente entre todos os serviços que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente²⁹, de modo que a busca por soluções, por políticas públicas, por serviços, pela família extensa, ou de outros vínculos de confiança para a mulher, quando for o caso, seja efetivada com a colaboração de toda a rede territorial, que participou ou não da construção do Plano de Parto.**

28 Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf.

29 São todos os órgãos da rede protetiva que são responsáveis de forma compartilhada e horizontal pela defesa, promoção e controle dos direitos humanos das crianças e adolescentes. Tem fundamento legal no art. 86 e seguintes do ECA e está regulamentado na Resolução nº 113 do Conselho dos Direitos da Criança e Adolescente (CONANDA).

Caso as equipes técnicas identifiquem que há uma situação concreta e atual de ameaça ou violação dos direitos da criança, que não se restrinjam a questões financeiras e/ou que não possam ser solucionadas de imediato com a oferta de alguma política pública, **poderão ser acionados membros da família extensa ou afetiva (parentes ou outras pessoas com as/os quais a mãe tenha vínculos de afetividade, confiança e afinidade)**³⁰; tanto como apoio à genitora para que possa exercer a maternagem de forma amparada quanto, em alguns casos, para assumir os cuidados temporários da criança, mantendo o vínculo com a mãe sempre que possível e se assim o desejar.

Como o exercício dos cuidados da/o bebê pela família extensa ou ampliada corresponde a uma forma de garantia do direito à convivência familiar e comunitária, não haverá que se cogitar no **encaminhamento da/o bebê para serviços de acolhimento, medida excepcional que tem um grande impacto prejudicial para eles/as e para suas mães e famílias**, apenas devendo ser aplicada quando todas as demais medidas, menos restritivas, realmente tiverem sido esgotadas.



Neste caso, de permanência com a família extensa ou ampliada, a pessoa que ficar responsável pela criança deve ser orientada a buscar a Defensoria Pública ou contratar advogada/o de sua confiança para que a guarda seja regularizada.

Em casos muito complexos, em que a mulher não consegue identificar vínculos de confiança com pessoas que possam acolhê-la com a/o bebê, a maternidade deve buscar **serviços de acolhimento conjunto específicos para mães e bebês, como a Casa para Gestantes**³¹ ou, caso não haja no município Centros de Acolhida Especiais (CAEs) para mulheres com ou sem filhas/os, ou o equipamento disponível no território.

Os Centros de Acolhida Especiais (CAEs) são equipamentos da política pública municipal de Assistência Social, voltados a determinados segmentos populacionais vulnerabilizados, no caso, às mulheres em situação de vulnerabilidade com ou sem filhas/os. Caso não haja Assistente Social na Maternidade ou Hospital, as equipes de saúde podem solicitar vagas conjuntas geralmente através do CREAS ou de CRAS de referência para o seu território.

30 Art. 25, parágrafo único do ECA. Família extensa pela lei são os parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade. No caso de recém-nascidos, ainda que não tenham tido contato presencial com a família extensa ou afetiva, deve se considerar os vínculos da genitora durante a gravidez.

31 Conhecer as excelentes práticas: Casa da Gestante, equipamento da Secretaria Estadual de Saúde do Município Campinas (PREFEITURA DE CAMPINAS, 2015) e da Comissão Flores de Lótus, Política Pública Intersetorial do município de Jundiaí/SP (RIOS, 2017). O Centro de Acolhida Amparo Maternal, em São Paulo, também é referência para o atendimento à gestantes e mulheres com bebês em vulnerabilidade, porém existem limitações como: o tempo de vida da/o bebê (somente até 06 meses) e a não possibilidade de acolhimento de outras/os filhas/os.

Em caso de dificuldade de acessar essas vagas, a equipe da maternidade deve acionar a Defensoria Pública do Estado para apoio na garantia desse direito ou de outros que estiverem sendo violados, como por exemplo, dificuldade em obter tratamento de saúde ou benefício assistencial. Para além das situações individuais, é possível buscar apoio da Defensoria também para construir estratégias para pleitear, junto aos órgãos competentes, a implementação de tal política pública no seu município.

6. A falta de vagas para o acolhimento das famílias poderá justificar a separação de mães e bebês nas maternidades e a consequente judicialização dos casos, com a possibilidade de destituição do poder familiar?

Não. A medida de acolhimento da criança é, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, **excepcional** (art. 101, §1º, ECA), de modo que apenas deve ser cogitada caso nenhuma outra medida de proteção tenha conseguido afastar a situação, concreta e atual, de ameaça ou violação dos direitos da criança. Vale lembrar que a carência de recursos materiais e o uso de substâncias³² não constituem motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar (art.19 e art.23, ECA).

A família tem especial proteção do Estado (art. 203, inciso I e art. 226 da Constituição Federal), e crianças e adolescentes têm direito à convivência familiar, que deve ser garantido com prioridade absoluta pelo Poder Público, o qual deve, portanto, dar **preferência às medidas que fortaleçam vínculos familiares** (art. 100, parágrafo único, inciso III, ECA).



Assim, a falta de vagas para acolhimento das famílias poderá ensejar atuação extrajudicial e até a propositura de ação judicial por meio da Defensoria Pública contra o Município/Estado para a garantia desse direito à família, evitando a separação do grupo familiar.

32 A Nota Técnica Conjunta MDS/MSaúde (Nº 001/2016) ressalta que o artigo 19 do ECA, que vinha sendo utilizado para o afastamento de mães e bebês com uso problemático de drogas, foi modificado com o Marco Legal da Primeira Infância (Lei no 13.257/2016), sendo retirado o trecho que dizia que tinha o direito de ser criado em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes, passando a ter a seguinte redação: Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral. §3º. A manutenção ou a reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência, caso em que será esta incluída em serviços e programas de proteção, apoio e promoção.

Tanto o ECA, quanto o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária apontam para a necessidade de que a medida de acolhimento seja baseada em uma criteriosa avaliação dos riscos a que está submetida à criança, das condições da família para a superação das violações e das potencialidades da rede de apoio. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA, 2017) escreveu ainda uma nota pública de repúdio a toda e qualquer medida que autorize a retirada compulsória de bebês. Ver SCHWEIKERT, Peter Gabriel Molinari. Resistência à Profilaxia Materna: A deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos/as na maternidade. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Sociologia e Política. São Paulo, 2016.

7. Quais são os critérios legais para o acionamento das Varas de Infância e Juventude?

Os casos que devem ser analisados pelas Varas da Infância e Juventude estão previstos no art. 148 do ECA. Nele há dois grupos: a) os do *caput*, que são as atuações gerais do/a Juiz/Juíza da Infância e Juventude; b) os previstos no parágrafo único, que somente serão analisados pelo juízo infanto-juvenil quando houver a hipótese do art. 98 do ECA, ou seja, quando **estivermos diante de uma ameaça ou violação de direitos da criança e do adolescente.**

Quando for o caso de aplicação de uma medida protetiva, deve ser analisada sua espécie para verificar quem tem competência de aplicá-la. As medidas protetivas estão previstas no art. 101 e 129 do ECA e a maioria delas pode ser aplicada pelo Conselho Tutelar (art. 136, I e II do ECA). Por exemplo: requisição de um serviço de saúde, de inclusão em programa de transferência de renda, de inclusão em política habitacional, de vaga em creche, de tratamento no CAPS etc. O rol legal das medidas protetivas é apenas exemplificativo.

Ocorre que há duas medidas protetivas de aplicação exclusiva pela autoridade judiciária, devendo, portanto, ser levadas à Vara da Infância e Juventude para apreciação. São as medidas de **acolhimento institucional e familiar e colocação em família substituta (art. 101, §2º do ECA)** que, como visto, são medidas **excepcionais** (art. 101, §1º, ECA.), devendo apenas ser aplicadas quando esgotadas as demais medidas (arts. 101 e 129, ECA).

Assim, quando não houver evidência de risco e o caso puder ser resolvido com encaminhamentos para políticas públicas e acompanhados pela rede, assim deve ser feito, inclusive, para o Conselho Tutelar, que integra o Sistema de Garantia de Direitos, para que aplique as medidas protetivas de sua competência, sem necessidade de acionamento da Vara da Infância e Juventude. **Uma forma bastante eficaz de solução são as reuniões de discussão de casos com todos os integrantes da rede que fazem**

parte daquela realidade, na qual cada um verifica como sua área pode contribuir, criando ali compromissos e decisões conjuntas.



Quando houver risco (ameaça ou violação de direito) ou necessidade de aplicação de medida exclusiva do Poder Judiciário, o caso deve ser comunicado a este órgão. Portanto, o acionamento das Varas da Infância e Juventude apenas deve ocorrer em três hipóteses:

1. quando os encaminhamentos do Conselho Tutelar forem descumpridos injustificadamente (art. 138, inciso III, alínea b, ECA);
2. quando as demais medidas de proteção adotadas pela rede de serviços que acompanharam a situação dessa família tiverem sido inadequadas ou insuficientes para afastar a situação de ameaça ou violação dos direitos da criança; e
3. quando for o caso de afastamento do convívio familiar.

Nestes últimos casos, caberá representação ao Ministério Público que, por sua vez, poderá acionar a Justiça da Infância e Juventude.

Ressalta-se que antes mesmo de acionar a Vara da Infância e Juventude, ou concomitantemente, os serviços **devem acionar também a Defensoria Pública** para que proponha as ações cabíveis para garantia dos direitos dos integrantes dessas famílias.

8. O não comparecimento das mães às audiências de acolhimento e/ou suspensão/ destituição do poder familiar, de fato, significa o não interesse pela criança no processo judicial?

O fato de a mãe não comparecer à audiência de acolhimento e/ou suspensão/destituição do poder familiar **não conduz, necessariamente, à conclusão de que ela não possui interesse ou afeto pela criança.**

Várias questões podem estar associadas ao não comparecimento: desconhecimento sobre os trâmites processuais, a falta de acesso à informação adequada, a falta de recursos materiais para comparecimento na audiência, o medo e a insegurança de como será avaliada negativamente pelo Poder Judiciário, ausência de citação/intimação pessoal, entre outros.

Assim, caso a mãe não apresente defesa na ação de acolhimento e/ou suspensão/destituição, esta omissão não será motivo suficiente para a decretação do acolhimento e/ou da suspensão/perda do poder familiar, já que deverão ser produzidas provas cabais sobre a ocorrência de uma das causas legais autorizadoras da medida³³, além de provas de que a família, natural, extensa ou afetiva, não reúne condições, naquele momento ou em futuro próximo, para assumir os cuidados da criança.



Portanto, é de suma importância comunicar estas situações para a Defensoria Pública do território para realizar o acompanhamento dos casos, juntamente com a rede de proteção, para que as mulheres e as crianças recebam o apoio necessário nesse sentido.

9. O que significa o conceito de “melhor/superior interesse da criança” que está previsto no ECA?

O superior ou o melhor interesse da criança é um conceito jurídico que tem como fundamentos básicos a promoção de seu bem-estar, a formação de sua identidade, a melhoria ou superação de situações de pobreza por meio de ofertas de políticas públicas, o fortalecimento do protagonismo da criança na sociedade, o direito à convivência familiar, além de outros elementos. O conceito é parte integrante do ECA e de tratados internacionais feitos no âmbito da ONU aos quais o Brasil é signatário³⁴.

33 Artigos 22 e 24 do ECA e art. 1.638 do Código Civil.

34 Declaração Universal dos Direitos da Criança. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/DeclDirCrian.html>.

BRASIL. *Convenção sobre os Direitos da Criança*, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm.

Regras mínimas das Nações Unidas para a administração da justiça, da infância e da juventude (Regras de Beijing). Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex47.htm.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Por ser um conceito jurídico indeterminado, ou seja, com conteúdo incerto, que permite muitas interpretações, em muitos casos é utilizado de forma arbitrária como fundamento de violações de direitos. Temos que ter como norte que a medida que atende o melhor/superior interesse da criança e da/o adolescente é a que efetiva seus direitos previstos nas legislações nacional e internacional, inclusive, a convivência familiar e pre-ferência de manutenção com a família natural, com seus desdobramentos, e que observe a análise técnica de todas/os as/os profissionais envolvidas/os, não fazendo análises julgadoras embasadas em conceitos morais subjetivos. Não devemos tratá-los com uma visão adultocêntrica de que são meros destinatários das decisões de pessoas que somente por serem adultas sabem o que atenderia aos seus interesses.

Portanto, nas situações abordadas aqui a postura profissional que está em consonância com as normativas nacionais e internacionais de proteção aos direitos das crianças e adolescente é aquela em que o **melhor/ superior interesse das crianças e adolescentes tem como elemento central a permanência na família de origem ou com pessoas de sua confiança com quem já tenha estabelecido vínculos afetivos** ou comunitários. Assim, questões sociais e de violências contra a criança precisam ser largamente discutidas e combatidas por políticas públicas eficazes e adequadas, evitando-se ao máximo o rompimento de vínculos familiares³⁵.

35 Trata-se de uma falsa dicotomia opor o direito das mães ao direito das crianças. Acolher as famílias é proteger os direitos das crianças. Ver *Primeira Infância e Maternidade nas Ruas da Cidade de São Paulo*. Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2017. Link de acesso: https://issuu.com/cdh.luiz.gama/docs/relatorio_primeira_infancia.



10. A adoção é o melhor caminho? Quando a/o filha/o é adotada/o a mãe pode ter informações?

No Brasil, recentes debates têm colocado em pauta discursos de que o melhor/superior interesse da criança é estar em família substituta quando sua família de origem vive em situação precária.

A adoção é uma medida possível e muito importante. Porém, **é excepcional e não deve ser uma política pública adotada em detrimento das que prezem o fortalecimento de vínculos e superação das vulnerabilidades para a manutenção do direito à convivência familiar e comunitária, que tem como prioridade a manutenção com a família natural, extensa e afetiva da criança.**

Somente pode-se realizar a adoção de uma criança após a destituição do poder familiar de seus genitores em processo judicial que observe o contraditório, ou seja, em que sejam ouvidos e tenham oportunidade de se defender e de produzir provas.³⁶ E, assim, é necessário que seja provado pelos requerentes que todas as medidas de manutenção com a família foram esgotadas.

E mesmo após o rompimento do vínculo e colocação em família substituta a criança tem os direitos de conhecer sua origem biológica e ter acesso ao processo de adoção, se assim desejar.³⁷

Já a genitora, após a destituição do poder familiar e adoção, não pode obter informações sobre os dados da família adotiva e a localização da criança³⁸.

36 Art. 161, §4º do ECA.

37 Art. 48 do ECA

38 **O Grupo Casa Aberta, do Instituto Gerar, oferece acompanhamento psicológico a pessoas que estão vivendo a experiência da gravidez, do parto e do pós-parto em situação de vulnerabilidade social, incluindo pais e mães cujo poder familiar está em questão ou foi perdido.** Mais informações: <https://institutogerar.com.br/cursos/grupo-casa-aberta/>.

O que não se confunde com os casos em que as crianças estão acolhidas institucionalmente (em um abrigo). Salvo nas hipóteses em que há decisão judicial fundamentada proibindo e que pode ser objeto de recurso, as crianças possuem direito à convivência familiar e as mães possuem o direito de saber onde sua/seu filha/o foi acolhido e obter informações sobre visitas. O que é de extrema importância para manter os vínculos e fortalecê-los. **Caso essa informação não esteja acessível, a Defensoria Pública deve ser acionada.**

11. O que é entrega protegida de crianças recém-nascidas para fins de adoção?

Ainda hoje é importante dizer que entregar a criança não é crime e difere do abandono (este sim considerado crime), porque é uma escolha consciente da genitora e amparada pelo ECA³⁹.

A entrega protegida é o ato de confiar a/o recém-nascido/a à responsabilidade do Sistema de Justiça para que seja encaminhado/a à adoção. Caso a mulher gestante manifeste este desejo de entrega durante o acompanhamento do pré-natal, deverá ser encaminhada ao setor técnico da Vara da Infância e Juventude do local, não sendo imprescindível, mas extremamente importante, que esteja acompanhada de profissional da rede que tenha vínculo de confiança estabelecido.

O Estatuto da Criança e do Adolescente garante ainda o acompanhamento médico, psicológico e social da gestante que pretende entregar a/o filha/o. O objetivo é escutar a mulher, entender os motivos que a levaram a esta decisão, verificar se podem ser superados, como por exemplo, auxiliar no acesso a recursos financeiros, caso a decisão se fundamente apenas na condição socioeconômica, e, por fim, colaborar para que esteja segura e apoiada nesta decisão, buscando prevenir arrependimentos.

De todo modo, mesmo depois de fazer essa escolha, se a mulher desejar voltar atrás, o ECA prevê esse direito às mulheres antes que a adoção seja concluída. No entanto, serão analisados pelo/a juiz/a diversos fatores, como as circunstâncias do pedido e a vontade da mulher, todo o contexto, e se ela tem condições de cuidar da criança, o que não garante a retomada da guarda. Caso o/a juiz/a não autorize que a mulher fique com a guarda da/o filha/o, ela deverá procurar um/a advogado/a ou a **Defensoria Pública** para defender seu interesse⁴⁰.



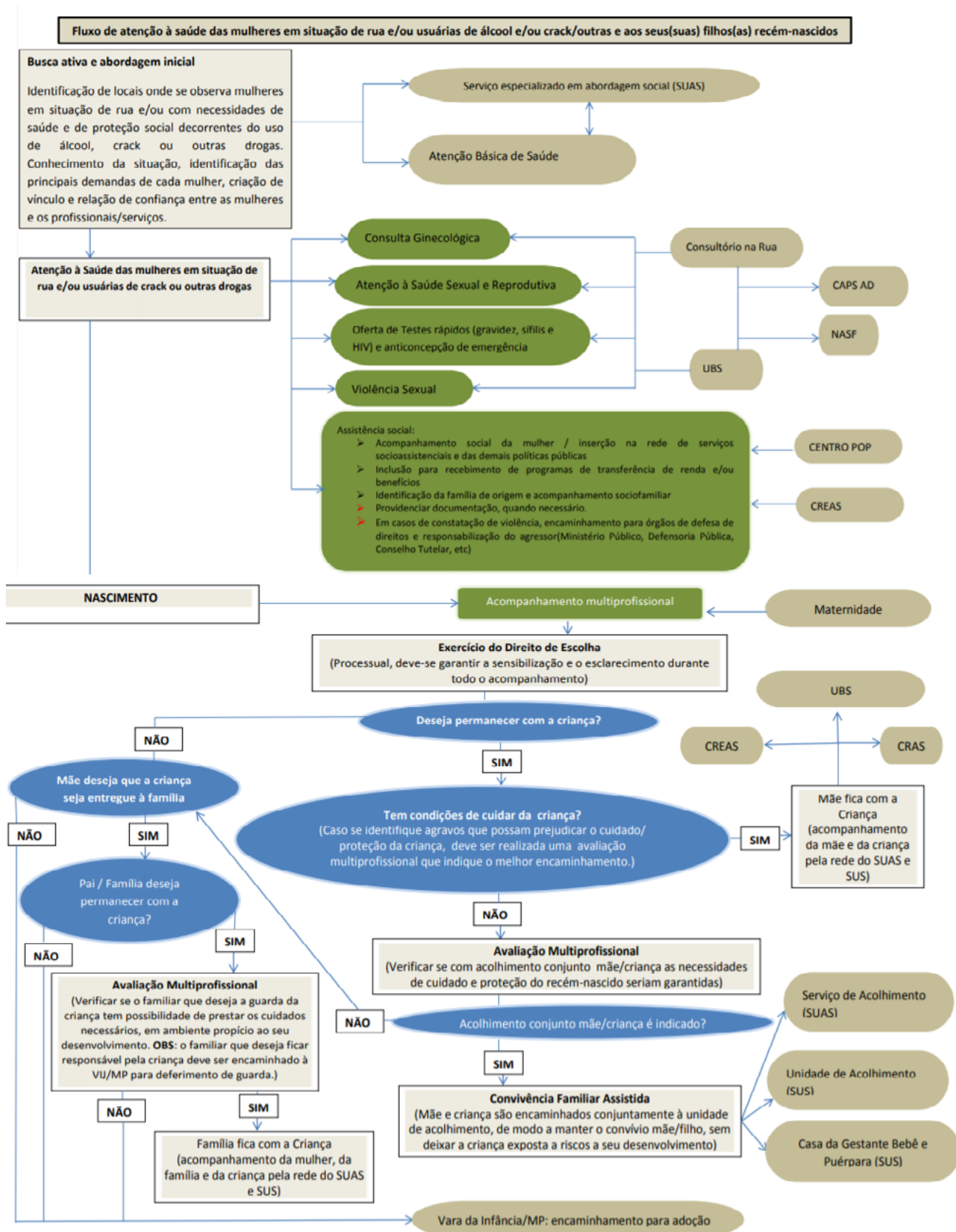
39 Art. 13, §1º, do ECA.

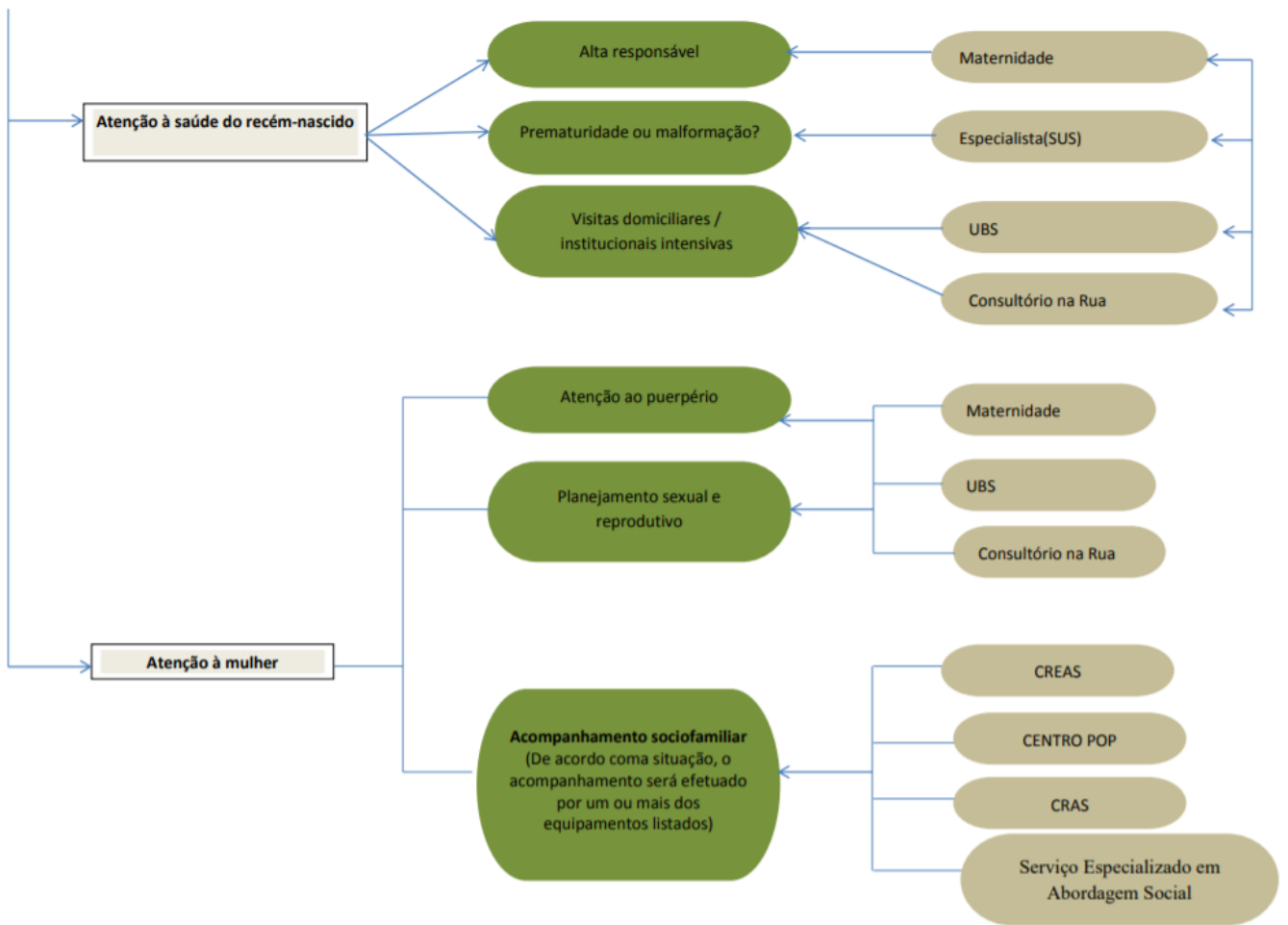
40 Saiba mais em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/FOLDER_ENTREGA_PROTEGIDA_SET_2016_visualizacao.pdf.

“Para as mulheres que estão sendo impedidas de exercer a maternidade por desviarem dos padrões sociais vigentes. Para que essas mulheres possam ter apoio e condições de maternagem, se assim o desejarem, e não mais serem vítimas de arbitrariedades que violem seus direitos.” (ROSATO, 2018, p. 15)

Fluxograma da Nota Técnica Conjunta nº 01/2016/MDS/MSaúde

Observação: Conforme descrito, a **Defensoria Pública** pode ser acionada em diversos momentos do fluxo abaixo descrito, buscando promover e efetivar os direitos das crianças, de suas mães e de suas famílias, tanto na esfera extrajudicial quanto judicial.







Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP):

Caso você precise de atendimento durante o período de trabalho remoto da Defensoria Pública entre em contato por meio dos canais a seguir (atendimento para todo o estado de São Paulo):

Telefone: 0800 773 4340

Atendimento online: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=6786>

Site: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/>

Para o acesso à justiça, procure a Defensoria Pública de São Paulo mais próxima.

Para obter mais informações acesse o site: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/>

Atendimento da Defensoria Pública à população em situação de rua (incluindo pessoas que se encontram em Centros de Acolhida)

*** SÃO PAULO – CAPITAL:**

Centro:

Rua Boa Vista, 150 – térreo. Distribuição de Senhas: de 2^a à 5^a, das 8h às 9h30.

Itaquera:

Rua Sabbado D'angelo, 2040. Distribuição de Senhas: de 2^a à 6^a, das 8h às 9h e das 11h às 13h.

São Miguel Paulista:

Av. Afonso Lopes Baião, 1.976 (próx. Fórum de São Miguel). Distribuição de Senhas: de 2ª à 6ª, das 8h às 9h e das 11h às 13h.

Santo Amaro:

Rua Américo Brasiliense, 2.139 – Chácara Santo Antônio. Atendimento: de 2ª à 6ª, das 7h às 11h.

REGIÃO METROPOLITANA:**Carapicuíba:**

Avenida Celeste, 58. Tel.: (11) 4183-5415 Atendimento: de 2ª à 5ª, das 8h às 12h.

Diadema:

Rua das Turmalinas, 77 – Centro. Tel.: (11) 4043-0805 Distribuição de Senhas: de 2ª das 7h às 8h. De 3ª, 4ª e 5ª: das 7h às 9h.

Itaquaquecetuba:

R. Vereador José Barbosa Araújo, 317. Tel.: (11) 4754-1100. Distribuição de Senhas: de 2ª à 5ª, das 7h às 8h.

Mauá:

R. General Osório, 412. Tel.: (11) 4513-1697 Distribuição de Senhas: de 2ª à 5ª, das 7h às 8h.

***Os horários de atendimento podem ser modificados por causa da pandemia. Assim, para confirmar e saber sobre outros locais e horários de atendimento às pessoas em situação de rua, você pode ligar para o 0800 773 4340**

Dúvidas sobre esse tema também podem ser encaminhadas ao e-mail suporte.maternidades@defensoria.sp.def.br (canal de apoio e orientação que não substitui a atuação direta da equipe da Unidade da Defensoria).



Contatos:

Parcerias:

GRUPO CASA ABERTA

Projeto do Instituto Gerar que tem como principal objetivo oferecer acompanhamento psicanalítico a pessoas que estão vivendo a experiência da gravidez, do parto e do pós-parto em situação de grande vulnerabilidade social.

Realizam trabalho com gestantes, pais e/ou mães de bebês, e pais e/ou mães cujo poder familiar está em questão ou foi perdido. Além disso, o projeto promove a troca com profissionais implicados nessa problemática, criando uma rede de experiências e pesquisa entre instituições e coletivos, como a Ocupação Mauá.

Os atendimentos ocorrem às quintas-feiras, das 15h às 18h. No atual contexto (Maio/20) os atendimentos estão sendo realizados apenas à distância: Mais informações no telefone (11) 98951-1116 ou pelo site: <https://institutogerar.com.br/cursos/grupo-casa-aberta/>

PROMUD

Programa da Mulher Dependente Química - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O tratamento no PROMUD é ambulatorial, realizado por equipe multidisciplinar e inteiramente gratuito.

Público alvo: mulheres maiores de 18 anos, residentes na Grande São Paulo, que queiram tratar-se, que tenham disponibilidade para estar no serviço às segundas-feiras das 13:00 às 17:00 e que preencham critério diagnóstico para dependência de substâncias psicoativas.

Encaminhamento: As mulheres que preencherem os critérios acima para o tratamento deverão ligar para Iracema de segunda a quinta-feira das 09:00 às 12:00 horas no telefone (11) 3082.1876. Em um período de no máximo 30 dias um/a psicólogo/a entrará em contato para agendar a triagem.

Contatos: Tel.: (11) 3082.1876, E-mail: promud.ipq@hc.fm.usp.br Site: www.mulherdependentequimica.com.br

Projeto A Cor da Rua - Escola Paulista de Enfermagem

É um projeto de extensão que organiza suas ações, desde 2010, em parceria com movimentos sociais e entidades da sociedade civil que atuam junto a grupos vulneráveis (especialmente pessoas em situação de rua, moradoras/es de ocupações, imigrantes e refugiadas/os). Está vinculado à área de Direitos Humanos e Justiça, tendo como objetivos: 1) desenvolver atividades de educação popular junto a pessoas em situação de rua, trabalhadoras/es da rede SUS e SUAS; 2) incluir pessoas em situação de rua nos processos de produção de conhecimento e busca da garantia de direitos.

Atualmente, tem direcionado esforços para o estabelecimento de fluxogramas de atendimentos integrados entre saúde e assistência social, com o objetivo de articular e integrar as ações de cuidado às pessoas em situação de rua. Como exemplo: matriciamento e interconsulta para as equipes de Consultório Na Rua; atendimentos compartilhados on line, e matriciamento para trabalhadores da rede SUAS parceiros da pesquisa; apoio terapêutico on line para pessoas em situação de rua; diálogos virtuais com lideranças da população em situação de rua e de movimentos sociais de luta por moradia; organização de rede de apoio on line para reportar denúncias de violações de direitos à Defensoria Pública e ao Ministério Público feitas por pessoas em situação de rua e trabalhadoras/es SUS e SUAS; comunicação social e divulgação científica para as pessoas em situação de rua; articulação de rede de doações de Universidades Públicas e Privadas para entrega de materiais de higiene, alimentos em forma de cesta básica e marmitex à população em situação de rua; participação em reuniões virtuais do grupo de trabalho para atenção à COVID 19 na População em Situação de Rua, do comitê intersetorial de políticas públicas para pessoas em situação de rua entre outras.

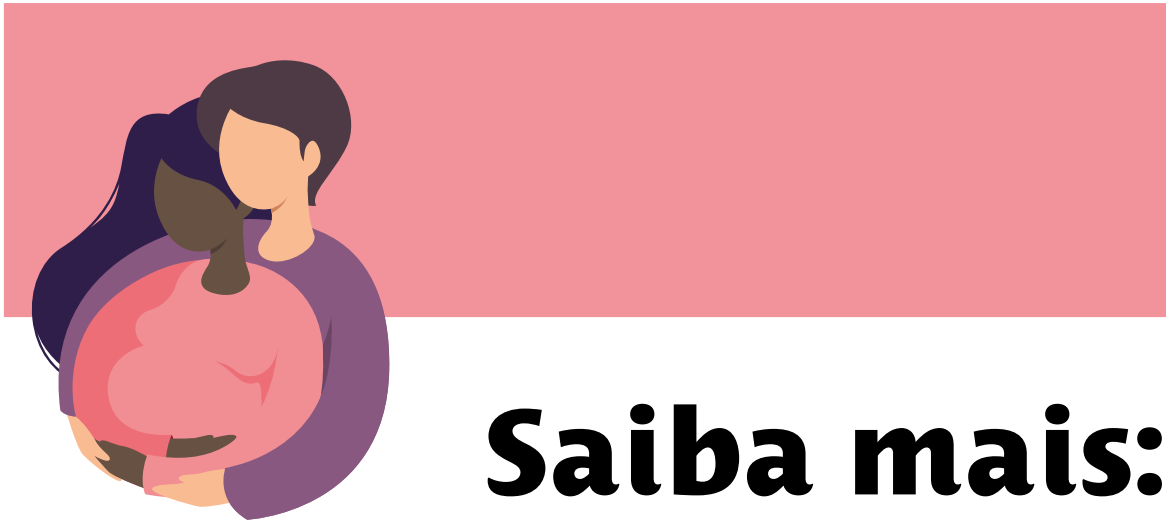
Contato: ipqacordarua@gmail.com

Projeto Canguru

O Projeto Canguru atua na área de saúde mental perinatal e conta com assistência (atendimentos individuais ou em grupo) e ensino, através da capacitação de profissionais de saúde para atuarem na área da perinatalidade. Atualmente conta com o curso de extensão cultural no Instituto Sedes Sapientiae, que ocorre semestralmente com equipe transdisciplinar.

Maiores informações no e-mail: contato@projetocanguru.com.br

ou no site www.projetocanguru.com.br.



Saiba mais:

BARTHOLOMEW, Marguerite Lisa & LEE, Men-Jean. Substance use in the breastfeeding woman. Contemporary OB/GYN. 2019: 64(9). Disponível em: <https://www.contemporaryobgyn.net/pregnancy-and-birth/substance-use-breastfeeding-woman>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BUTLER, Judith. Corpos em aliança e a política nas ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para atenção integral de usuários de álcool e outras drogas, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Nota Técnica Conjunta nº 001/2016 SAS/MS e SGEP, do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, estabelece diretrizes, fluxo e flu-

xograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus/uas filhos/as recém-nascidos/as, 2016. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 16 mar. 2020.

CARVALHO, Marcus Renato de. Amamentação - Bases Científicas, 4ª Edição. 2016.

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Nota Pública em repúdio a toda e qualquer medida que autorize a retirada compulsória de bebês. Brasília, 19 out 2017. Disponível em: <https://www.direitosedacrianca.gov.br/documentos/notas-publicas-dos-conanda/nota-publica-em-repudio-a-toda-e-qualquer-medida-que-autorize-a-retirada-compulsoria-de-bebes-19-10-2017/view>. Acesso em: 16 mar. 2020.

“DIALOGANDO SOBRE O DIREITO DE TER/SER MÃE: MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E SEUS/SUAS BEBÊS”. São Paulo: Defensoria SP, 2 ago. 2017. 9 vídeos (3h16min16s). Publicado por Defensoria SP. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLCITLRQjmWszHFI-Ftcpls-48DBbmT9kb>. Acesso em: 17 mar. 2020.

“DE QUEM É ESSE BEBÊ – POR MAIS SAÚDE E MENOS ABRIGAMENTO EM BH” Disponível em: <https://dequemeestebebe.wordpress.com/> Acesso em: 17 de dez. de 2019

GONÇALVES, Marcos Antonio Barbieri. Assistente Técnico Judiciário na Defensoria Pública: Suporte da teoria de Winnicott. Dissertação de mestrado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica. Campinas, 2015.

GRÁVIDAS em vulnerabilidade social serão acolhidas na Casa da Gestante. Prefeitura de Campinas. Campinas, 15 dez. 2015. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=28945>. Acesso em: 13 mar. 2020.

INSTITUTO PADRE HAROLDO. Serviços de Acolhimento Residencial. Disponível em: <https://padreharoldo.org.br/acolhimento-institucional-e-residencial/>. Acesso em: 17 mar. 2020.

LANSKY, Sônia. De quem é este bebê: construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. Saúde em Redes. 2018; 4(Supl.1):191-208. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/922/270>. Acesso em: 16 mar. 2020.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicol. Soc.* Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, abril de 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>. Acesso em: 12 mar. 2020.

Nota Técnica Sobre o Exercício da Maternidade por Mães que Fazem Uso de Crack e Outras Drogas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 2016

Primeira Infância e Maternidade nas Ruas da Cidade de São Paulo. Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2017. Link de acesso: https://issuu.com/cdh.luiz.gama/docs/relatorio_primeira_infancia. Acesso em: 13 mar. 2020.

RIOS, Ariane Goim. O fio de Ariadne: sobre os labirintos de vida das mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, 2017

ROSA, Anderson Silva. Mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo: um olhar sobre trajetórias de vida. Tese de doutorado em enfermagem. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012.

ROSATO, Cássia Maria. A vida das mulheres infames: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33459/1/TESE%20C%3%A1ssia%20Maria%20Rosato.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SÃO PAULO. Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, Prefeitura de São Paulo, 2015.

SCHWEIKERT, Peter Gabriel Molinari. Resistência à Profilaxia Materna: A deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos/as na maternidade. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Sociologia e Política. São Paulo, 2016.

TIENE, Izalene. Mulher moradora na rua - espaços e vivências: Um estudo exploratório sobre as moradoras na rua em Campinas, SP. Dissertação de mestrado em Serviço Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2000.

Esta cartilha foi elaborada para oferecer orientações sobre os direitos das **mulheres mães e bebês que estão em situação vulnerabilidade** (especialmente situação de rua, e/ou uso de substâncias, e/ou questões relacionadas à saúde mental, entre outras), levando em consideração o momento da gestação, do parto e do pós-parto (puerpério).

