

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO ACADÊMICO**

**ANA KELEN DALPIAZ**

**O ATENDIMENTO À SAÚDE DAS MULHERES USUÁRIAS DE *CRACK* E DE SEUS  
FILHOS RECÉM-NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE DE HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL**

**Porto Alegre**

**2019**

**ANA KELEN DALPIAZ**

**O ATENDIMENTO À SAÚDE DAS MULHERES USUÁRIAS DE *CRACK* E DE SEUS  
FILHOS RECÉM-NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE DE HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito à obtenção do grau de Mestre em Política Social e Serviço Social.

**Orientador:** Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira

**Porto Alegre**

**2019**

## CIP - Catalogação na Publicação

DALPIAZ, Ana Kelen

O atendimento à saúde das mulheres usuárias de crack e de seus filhos recém-nascidos em uma Maternidade de Hospital Universitário do Rio Grande do Sul / Ana Kelen DALPIAZ. -- 2019.

98 f.

Orientador: Paulo Antônio Barros OLIVEIRA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Saúde Materno-Infantil. 2. Psicoativos. 3. Crack. 4. Necessidades Básicas. 5. Política Social. I. OLIVEIRA, Paulo Antônio Barros, orient. II. Título.

**ANA KELEN DALPIAZ**

**O ATENDIMENTO À SAÚDE DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E DE SEUS  
FILHOS RECÉM-NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE DE HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito à obtenção do grau de Mestre em Política Social e Serviço Social.

**Porto Alegre, 14 de junho de 2019.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dra. Miriam Thaís Guterres Dias**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Isabel Barros Bellini**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dra. Márcia Mocellin Raymundo**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

## AGRADECIMENTOS

Aqui deixo registrado o meu carinho e agradecimento àquelas pessoas que contribuíram com a construção deste trabalho, direta e indiretamente.

Aos colegas da segunda turma de mestrado acadêmico e aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com os quais tive a oportunidade de conviver e aprender. Em especial à *Prof.<sup>a</sup>. Dra. Miriam Thaís Guterres Dias*.

Aos colegas assistentes sociais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela parceria e incentivo dado à continuidade da minha formação acadêmica. Em especial, à *Andrea Cardoso Bittencourt, Myriam Fortes Marques, Simone Beier e Janaíra Dorneles de Quadro*.

Às colegas de profissão que me inspiram a seguir na trajetória acadêmica, em especial a *Prof.<sup>a</sup>. Dra. Gissele Carraro*.

Ao meu esposo *Carlos Ivan Baca Monge*, pela paciência durante esse intenso processo formativo, pelo orgulho diante das minhas conquistas e pelo incentivo a seguir estudando.

Aos meus familiares, simplesmente, por tudo, em especial à minha amada mãe *Teresinha Alves Dalpiaz (in memoriam)*.

Ao meu orientador *Prof.<sup>o</sup>. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira*, pelo respeito, valorização e tranquilidade, com que me guiou neste processo de formação.

## RESUMO

Este estudo versa sobre o atendimento em saúde realizado na Maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Hospital Universitário (HU) vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) -, e a satisfação das necessidades básicas das mulheres usuárias de *crack* e de seus filhos recém-nascidos (RNs). Tem por objetivo analisar o atendimento em saúde na Maternidade do HU e identificar a sua contribuição para a satisfação das necessidades básicas das mulheres usuárias de *crack* e de seus filhos RNs, a fim de qualificar a atenção à saúde materno-infantil. Trata-se de uma pesquisa de enfoque qualitativo, do tipo documental, com finalidade descritiva e explicativa, em que foram explorados prontuários *on-line* de gestantes, puérperas e RNs atendidos no HU no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Os dados foram analisados mediante a Análise de Dados Qualitativos (YIN, 2016). A realização da pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (Parecer nº 3.114.329) e do HCPA (Parecer nº 3.115.407), através da submissão na Plataforma Brasil. Os resultados da pesquisa evidenciam: as condições de acesso das mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack*, à Maternidade do HU; as características do atendimento realizado com essas mulheres e seus filhos RNs nesse serviço de saúde; e o acesso aos direitos sociais, o atendimento das necessidades intermediárias e a satisfação das necessidades humanas básicas apresentadas por essas mulheres e RNs. Constatase que a Maternidade do HU é um serviço de saúde acessado pelas mulheres, gestantes e puérperas usuárias de *crack*, por isso precisa estar preparada para atendê-las, assim como aos seus RNs, de forma integral e equitativa, conforme as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS). Evidencia-se que o trabalho em equipe e intersetorial ainda requer aprimoramento, visando o atendimento integral em saúde. Verifica-se também que o uso de drogas realizado por essas mulheres está relacionado ao não acesso ao trabalho digno, à ausência de renda, à baixa escolaridade, às precárias condições de moradia, à má alimentação, às situações de violência, ao não acesso aos cuidados de saúde, à desproteção infantil e à fragilidade e rompimento dos vínculos familiares. Em suma, as mulheres usuárias de *crack* atendidas na Maternidade do HU são aquelas que, ao longo de suas vidas, sobreviveram a uma série de violações de direitos e que evidenciam a negligência estatal no que tange ao atendimento das suas necessidades humanas básicas.

**Palavras-chave:** Saúde Materno-Infantil. Maternidades. Psicoativos. Crack. Necessidades Básicas. Política Social.

## ABSTRACT

This study deals with health care provided at the Maternity of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - University Hospital (HU) linked to the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) -, and the satisfaction of the basic needs of female crack users and their newborn children (RNs). Its objective is to analyze health care at HU Maternity and to identify its contribution to the satisfaction of the basic needs of women who use crack and their children RNs, in order to qualify the attention to maternal and child health. This is a qualitative research, documentary type, with descriptive and explanatory purpose, which explored online medical records of pregnant women, postpartum women and newborns treated at the HU from January 2016 to December 2017. The data were analyzed using Qualitative Data Analysis (YIN, 2016). The research was approved by the Research Ethics Committees of the Institute of Psychology of UFRGS (Opinion No. 3.144.329) and HCPA (Opinion No. 3.115.407), through submission to Plataforma Brasil. The research results show: the conditions of access of women, pregnant and postpartum, crack users, to the HU Maternity; the characteristics of the care provided to these women and their newborns in this health service; and access to social rights, meeting intermediate needs and meeting the basic human needs presented by these women and their newborns. It is found that the HU Maternity is a health service accessed by women, pregnant and postpartum crack users, so it needs to be prepared to meet them, as well as their newborns, in an integral and equitable manner, according to the proposals of the Sistema Único de Saúde (SUS). It is evident that teamwork and intersectoral work still requires improvement, aiming at comprehensive health care. It is also found that the use of drugs by these women is related to the lack of access to decent work, lack of income, low education, poor housing conditions, poor diet, situations of violence, lack of access to health care, child deprotection and the fragility and rupture of family bonds. In short, women who are crack users treated at the HU Maternity are those who, throughout their lives, have survived a series of rights violations and which show state neglect in meeting their basic human needs.

**Keywords:** Maternal and Child Health. Psychoactive. Crack cocaine. Basic Needs. Social Policy.

## LISTA DE SIGLAS

<b>AAP</b>	Academia Americana de Pediatria
<b>ABS</b>	Atenção Básica em Saúde
<b>AC</b>	Alojamento Conjunto
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CF/88</b>	Constituição Federal Brasileira de 1988
<b>CIUR</b>	Crescimento Intrauterino Restrito
<b>CO</b>	Centro Obstétrico
<b>CONAD</b>	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
<b>CRAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
<b>CT</b>	Conselho Tutelar
<b>DAPES</b>	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde
<b>eSF</b>	equipe de Saúde da Família
<b>FUNAD</b>	Fundo Nacional Antidrogas
<b>HCPA</b>	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HU</b>	Hospital Universitário
<b>IP</b>	Instituto de Psicologia
<b>JIJ</b>	Juizado da Infância e Juventude
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MDS</b>	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PA</b>	Pronto Atendimento
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PJDH</b>	Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos
<b>PJIJ</b>	Promotoria de Justiça da Infância e Juventude
<b>PNAR</b>	Pré-Natal de Alto Risco
<b>PPGPSSS</b>	Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social

<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RC</b>	Rede Cegonha
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SAS</b>	Secretaria de Atenção à Saúde
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SBP</b>	Sociedade Brasileira de Pediatria
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UIO</b>	Unidade de Internação Obstétrica
<b>UNeo</b>	Unidade de Internação Neonatal
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1. 2 METODOLOGIA .....	14
<b>2 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS SOCIAIS: A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL COMO RESPOSTA ÀS NECESSIDADES PARTICULARES DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E DOS SEUS FILHOS RNS .....</b>	<b>21</b>
2.1 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS SOCIAIS .....	21
2.2 AS NECESSIDADES PARTICULARES DAS MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS .....	29
2.3 A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL E SUAS ESPECIFICIDADES FRENTE ÀS NECESSIDADES PARTICULARES DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E DOS SEUS FILHOS RNS .....	37
<b>3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>65</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE 1 .....</b>	<b>96</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação resulta do processo de *Mestrado Acadêmico* (iniciado em abril de 2017), realizado junto ao *Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social* (PPGPSSS), da *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* (UFRGS). Está vinculada à linha de pesquisa *Estado, Sociedade e Políticas Sociais*. E versa sobre *o atendimento em saúde na Maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a satisfação das necessidades básicas das mulheres usuárias de crack e de seus filhos recém-nascidos (RNs)*.

A aproximação da mestrandia com as *mulheres usuárias de crack* ocorreu já nas primeiras experiências de formação acadêmica, que foram o *Estágio Obrigatório em Serviço Social*<sup>1</sup> e a *Residência Multiprofissional em Saúde*<sup>2</sup>. Nesses espaços formativos, no âmbito da Atenção Básica em Saúde (ABS), pôde-se trabalhar diretamente no território de vida dessas mulheres, no enfrentamento da dura realidade do cotidiano e na construção de possibilidades de cuidado em saúde, baseadas no vínculo e no acolhimento.

Contudo, foi a partir da inserção da autora como assistente social na Maternidade<sup>3</sup> do Hospital Universitário (HU), em 2015, que suscitaram inquietações relacionadas ao atendimento à saúde materno-infantil direcionado às mulheres usuárias de *crack* e aos seus filhos RNs. No dia-a-dia desse trabalho profissional percebe-se a complexidade do uso do *crack* associado ao exercício da maternidade, a importância do trabalho realizado pelas equipes multiprofissionais que atuam nesse serviço de saúde e a necessidade de permanente qualificação do atendimento prestado a essas mulheres e seus filhos RNs.

Nessa perspectiva, o problema que norteou a realização desta pesquisa foi o seguinte: *de que forma o atendimento em saúde na Maternidade do HU contribui para a satisfação das necessidades básicas das mulheres usuárias de crack e de seus filhos RNs?*

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em *analisar o atendimento em saúde na Maternidade do HU e identificar a sua contribuição para a satisfação das necessidades básicas das mulheres usuárias de crack e de seus filhos RNs, a fim de qualificar a atenção à saúde*

---

<sup>1</sup> Vinculado à Universidade de Caxias do Sul, realizado na Unidade Básica de Saúde São Vicente (no período de 2012/2013), localizada no município de Caxias do Sul/RS.

<sup>2</sup> Vinculada à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RS), à ênfase de Atenção Básica em Saúde Coletiva, cujos estágios se deram nas Unidades de Saúde da Família Herdeiros e Morro da Cruz (no período de 2014/2015), localizadas no município de Porto Alegre/RS.

<sup>3</sup> Termo comumente utilizado para denominar as unidades de atendimento materno-infantil no âmbito hospitalar. Neste texto, quando o termo maternidade iniciar com letra minúscula, é porque faz referência à qualidade de mãe e, quando iniciar com letra maiúscula, se refere ao serviço de alta complexidade em saúde.

materno-infantil. E os objetivos buscaram: **1)** *identificar as condições de acesso das mulheres usuárias de crack e de seus filhos RNs à Maternidade do HU, como o meio de transporte utilizado, a presença ou não de acompanhante, a referência em saúde e o estado físico e psíquico em que se encontravam;* **2)** *caracterizar o atendimento à saúde das mulheres usuárias de crack e de seus filhos RNs na Maternidade do HU, quanto às características da internação hospitalar, à aplicação das boas práticas (parto, estímulo à interação da dupla mãe/bebê no pós-parto, amamentação), ao trabalho em equipe e intersetorial, à organização da alta hospitalar e ao planejamento familiar;* **3)** *identificar as necessidades básicas, intermediárias e particulares, das mulheres usuárias de crack e de seus filhos RNs atendidos na Maternidade do HU.*

Sabe-se que o uso de *crack* na sociedade brasileira não é uma novidade. Frequentemente aparece na mídia como uma problemática ainda sem solução, que traz prejuízos para a ordem social, associada ao aumento da violência urbana, ao abandono infantil, ao sofrimento familiar, etc. Ao longo da história pensou-se no uso de drogas como um problema que afeta o homem, mas esta prática tem aumentado entre as mulheres nos últimos anos no Brasil (OLIVEIRA, 2016).

A atenção em saúde para com as mulheres usuárias de *crack* tem sido tema de discussões científicas, tendo em vista sua complexidade, que coloca desafios ao trabalho das equipes de saúde, bem como à garantia dos direitos de cidadania (BOLZAN, 2016; MARQUES, 2015; PASSOS, 2016). Todavia, o uso do *crack* relacionado à maternidade ainda é um tema pouco explorado; os estudos disponíveis são recentes e indicam a necessidade do aprofundamento teórico (BOLZAN, 2016; MARQUES, 2015; PASSOS, 2016; AGUIAR, 2014; ARAÚJO, 2014). Destarte, a mulher usuária de *crack* ainda é rotulada como “crackenta, drogadita, tigre”<sup>4</sup>, o que pode indicar a incapacidade para o exercício da maternidade.

Em virtude disso, as políticas sociais de saúde e de assistência social, bem como as políticas públicas de proteção à maternidade e à infância, têm contribuído com essa discussão numa perspectiva crítica. A exemplo cita-se a publicação da *Nota Técnica Conjunta N° 001/2016* do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome<sup>5</sup> (MDS), que *dispõe sobre diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das*

---

<sup>4</sup> Termos pejorativos e discriminatórios, usados popularmente para rotular as mulheres usuárias de *crack*.

<sup>5</sup> Extinto em janeiro de 2019, foi sucedido pelo Ministério da Cidadania, instituído pelo Decreto nº 9.674/2019 e assessorado pela Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, no que diz respeito “[...] a formulação e coordenação de políticas, programas e ações voltados à renda de cidadania, assistência social, inclusão social e produtiva nos âmbitos rural e urbano, promoção do desenvolvimento humano e cuidados e prevenção às drogas.” (BRASIL, 2019).

*mulheres e das adolescentes em situação de rua e ou usuárias de crack/outras drogas e seus RNs* (BRASIL, 2016a), e a promulgação da *Lei 13257/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância* (BRASIL, 2016b).

Destaca-se que o tema estudado tem relevância social e mantém interface com outras políticas sociais, para além da saúde.

Trata-se de uma pesquisa que tem originalidade, pois vários estudos apontam as dificuldades de acesso das mulheres usuárias de drogas aos serviços de saúde (BOLZAN, 2015), a relação entre a maternidade e o uso de drogas (BASTOS, 2014; RIOS, 2017), as vulnerabilidades presentes na vida das mulheres usuárias de *crack* (ARAÚJO, 2014; PORTO, 2017), mas poucos (BOLZAN, 2015; MACEDO, 2016) tratam da forma como estas são atendidas quando efetivamente acessam os serviços de saúde.

Outra questão a ser salientada, referente à originalidade desse estudo, é o olhar do assistente social, pois a maioria dos estudos recentes (ARAÚJO, 2014; BASTOS, 2014; MACEDO, 2016; OLIVEIRA, 2016; RIOS, 2017) sobre mulheres e uso de drogas foram feitos por psicólogos, enfermeiros e médicos.

Importa esclarecer que, de forma intencional, o estudo enfatizou o uso do *crack*, devido à complexidade que, geralmente, envolve, impondo desafios em relação à atenção em saúde, o que se percebe a partir das experiências formativas e profissionais da mestranda.

Espera-se que este estudo, além de contribuir para a produção de conhecimento sobre o tema, sirva também para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil e repercuta no atendimento humanizado das mulheres usuárias de *crack* e dos seus filhos RNs.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, contando com esta *Introdução* (Capítulo 1) e as *Considerações Finais* (Capítulo 6). O *Capítulo 2* expõe a metodologia da pesquisa. O *Capítulo 3* apresenta uma síntese das reflexões teóricas realizadas ao longo do processo de pesquisa. O *Capítulo 4* exhibe os resultados da pesquisa. E o *Capítulo 5* mostra a discussão dos dados da pesquisa. Na sequência, o *Item 1.2* apresenta de modo detalhado sobre a metodologia deste estudo.

## 1. 2 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de enfoque qualitativo, do tipo documental, com finalidade descritiva e explicativa.

O enfoque qualitativo “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2013, p. 57).

“[...] É uma espécie de “guarda-chuva” no qual incluímos uma variedade de concepções, visões, técnicas e estudos não quantitativos” (SAMPIERE; COLLADO; LÚCIO, 2013, p. 44). “[...] Proporciona profundidade aos dados, dispersão, riqueza interpretativa, contextualização do ambiente ou entorno, detalhes e experiências únicas” (SAMPIERE; COLLADO; LÚCIO, 2013, p. 45) e “também traz um ponto de vista ‘novo, natural e completo’ dos fenômenos, assim como flexibilidade<sup>a</sup> (SAMPIERE; COLLADO; LÚCIO, 2013, p. 45).

Pode ser definido a partir das seguintes características:

estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real;  
representar as opiniões e perspectivas das pessoas de um estudo;  
abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem;  
contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano;  
e esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte. (YIN, 2016, p. 596).

O tipo de pesquisa documental se vale de todos as espécies de documentos internos a instituições/organizações, elaborados com diversas finalidades, constituídos de texto escrito no papel ou disponível em meio eletrônico (GIL, 2016). Documento é apreendido como “[...] qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento” (GIL, 2016, p. 31).

Nesse sentido, constituem-se etapas da pesquisa documental:

- a) a formulação do problema;
- b) a elaboração do plano de trabalho;
- c) a identificação das fontes;
- d) a localização das fontes de obtenção do material;
- e) a análise e interpretação dos dados;
- f) e a redação do relatório. (GIL, 2016, p. 65).

A pesquisa descritiva pode ter como objetivo descrever as características de determinada população, levantar opiniões, atitudes e crenças de um determinado grupo de pessoas e/ou a identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2016). E a pesquisa

explicativa tem por finalidade “identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de fenômenos” (GIL, 2016, p. 28).

O *locus* da pesquisa foi a Maternidade<sup>6</sup> do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), serviço público de alta complexidade em saúde, vinculada ao Programa Rede Cegonha (RC), proposto pelo MS.

Este serviço é referência para o atendimento de gestantes de alto risco – grupo no qual se incluem as mulheres usuárias de *crack*. Recebe gestantes acima de 20 semanas de gestação, referenciadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>7</sup> de Porto Alegre/RS, além de ser referência para o atendimento de gestantes e RNs provenientes dos municípios da região metropolitana de Porto Alegre/RS e do interior do Estado Gaúcho.

O HCPA é uma instituição universitária, integrada à rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada *academicamente* à UFRGS, que contribui cotidianamente com a formação de inúmeros profissionais da saúde.

A fonte documental explorada foi o Prontuário *on-line*<sup>8</sup>, instrumento de trabalho da equipe multiprofissional de saúde e documento do(a) paciente, disponível em modo eletrônico.

O universo da pesquisa foi constituído pelos prontuários das mulheres usuárias de *crack* e de seus filhos RNs atendidos na Maternidade do HCPA. No total, localizaram-se 57 Prontuários *On-line*, dos quais três eram de gestantes, 27 de puérperas e 27 de RNs, filhos dessas puérperas. Vale informar que não foi localizado nenhum prontuário de RN, filho de mulher usuária de *crack*, que tenha sido internado sem a genitora via transferência hospitalar. E não foi achado nenhum prontuário de RN filho das gestantes, o que indicou que nenhuma delas deu à luz no HCPA. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra. *Critérios de inclusão*: Mulheres usuárias de *crack* e de seus RNs, tendo essas mulheres idade igual ou superior a 18 anos, histórico de uso de *crack* na gestação, acessados na maternidade do HU, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. *Critérios de exclusão*:

---

<sup>6</sup> Está constituída pelas seguintes unidades assistenciais: Emergência Obstétrica, Centro Obstétrico (CO), Unidade de Internação Obstétrica (UIO), Alojamento Conjunto (AC) e Unidades de Internação Neonatal (UNeo) - convencional e de terapia intensiva. As equipes assistenciais que nela atuam são compostas basicamente por médicos (pediatras e/ou ginecologistas-obstetras), enfermeiros e técnicos de enfermagem. Tais equipes contam também com o suporte de outros profissionais da saúde, que atuam como consultores, tais como assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e médicos psiquiatras.

<sup>7</sup> Refere-se a todos os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com ou sem equipes de saúde da família (eSF). (BRASIL, 2017a).

<sup>8</sup> Documento onde ficam registradas as informações relacionadas aos atendimentos em saúde do paciente na instituição de saúde. Por exemplo: internações hospitalares, consultas ambulatoriais, exames realizados, documentos encaminhados para os serviços da rede intersetorial ou recebidos dos serviços da rede intersetorial (ex: relatório social, atas de audiências, termos de guarda de RN, termo de responsabilidade do conselho tutelar, etc.) e etc. Todos os profissionais de ensino superior que atendem a Maternidade do HCPA podem registrar os atendimentos realizados no prontuário do paciente.

Mulheres usuárias de *crack* e de seus RNs, sendo essas mulheres provenientes de cidades do interior do RS, de etnia indígena e privadas de liberdade, visto que normalmente têm um acompanhamento diferenciado pela rede de serviços intersetoriais. Definiu-se tal período, considerando que coincide com a publicação de documentos legais (BRASIL, 2016a, 2016b) que representam avanços em relação aos direitos das mulheres usuárias de drogas e dos seus RNs.

Dessa maneira, a amostra da pesquisa foi composta por 27 prontuários, sendo 12 de puérperas, 12 de RNs e três de mulheres gestantes. Destaca-se que todos esses prontuários foram analisados na pesquisa. Cabe explicar que a amostra da pesquisa configurou-se como intencional, entendida como aquela que é definida de forma deliberada (YIN, 2016), visto que “[...] o propósito de selecionar as unidades de estudo específicas é dispor daquelas que gerem os dados mais relevantes e fartos [...]”, relacionado ao tema deste estudo (YIN, 2016, p. 2778-2779).

A localização destes Prontuários *On-line* ocorreu mediante a consulta nos registros do Setor de Serviço Social, tendo em vista que todas as mulheres gestantes e puérperas usuárias de *crack* e seus RNs são atendidos pelo Serviço Social na internação hospitalar, a partir da solicitação de consultoria realizada pelas equipes assistenciais da Maternidade. Vale contextualizar que toda solicitação de atendimento ao Serviço Social é feita por médicos ou enfermeiros (e somente por eles), mediante uma consultoria gerada no próprio aplicativo de gestão hospitalar, a partir da identificação do relato de uso de drogas realizado pela mulher.

A coleta de dados foi norteada por um roteiro, que contemplou *a priori* as informações que se desejavam colher dos Prontuários *On-line*, as quais relacionavam-se ao acesso ao serviço de saúde; à materialização dos princípios da RC; ao acolhimento em saúde; ao trabalho com o vínculo; à amamentação e ao planejamento reprodutivo; às características do atendimento em saúde prestado pelas equipes assistenciais; aos determinantes e condicionantes em saúde; e ao acesso aos direitos sociais. Além disso, destaca-se que outros elementos, identificados a partir da coleta de dados como pertinentes ao alcance dos objetivos desta pesquisa, também foram buscados na fonte documental.

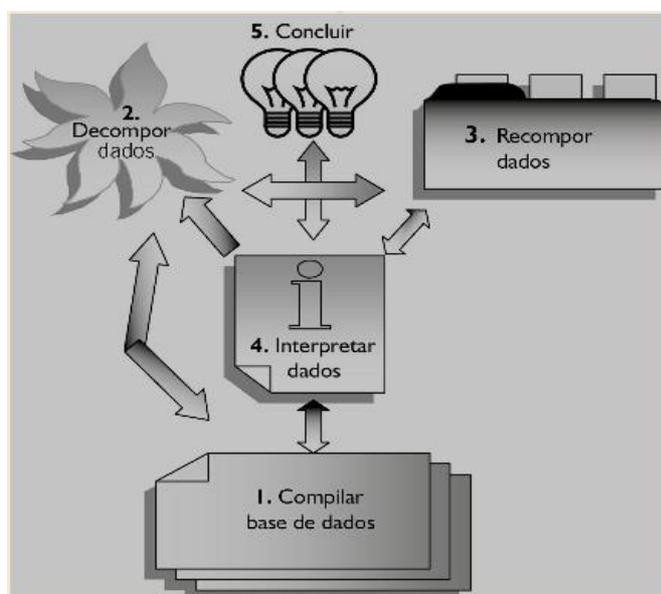
Todos os Prontuários *On-line* que compuseram a amostra da pesquisa foram lidos exhaustivamente. Foram revisadas as evoluções de médicos (ginecologista e obstetra, pediatra, psiquiatra, etc.), enfermeiros, psicólogos e assistente sociais, assim como de outros profissionais de saúde que estiveram envolvidos com o atendimento dessas mulheres e RNs. Também foram revisados nos prontuários das mulheres, quando havia, as evoluções desses

profissionais em interações prévias. Além disso, revisaram-se outros itens dos Prontuários *On-line*, tais como ambulatório, notas, anamnese e documentos legais (ex: relatório social, médico, psicológico; cópia de atas de audiência judiciais; termos de guarda e de responsabilidade fornecidos por órgão de proteção à criança, dentre outros).

As informações encontradas foram registradas de forma escrita, em modo manual e digital<sup>9</sup>, como “notas copiosas” (YIN, 2016, p. 4584), com ênfase na captura das palavras e frases exatas no material escrito (YIN, 2016). Foram utilizadas aspas para distinguir palavra/frase exata e paráfrase, com vistas a citar as fontes apropriadamente e buscou-se copiar tais notas do modo mais completo possível (YIN, 2016).

Os dados foram analisados conforme a proposta de Yin (2016), denominada de Análise de Dados Qualitativos, que constitui um ciclo de cinco etapas, as quais são: (1) compilar; (2) decompor; (3) recompor (e arranjar); (4) interpretar; e (5) concluir (YIN, 2016). Conforme o autor, a Figura 1 ilustra o ciclo completo da Análise de Dados Qualitativos e as suas cinco fases, sugerindo como um todo que a análise tende a ocorrer de uma maneira não linear (YIN, 2016). As setas unidirecionais indicam a sequência entre as fases e as setas bidirecionais significam que o pesquisador pode oscilar entre as duas fases (YIN, 2016).

**Figura 1:** As cinco fases da análise e suas interações.



Fonte: (YIN, 2016, p. 5149).

<sup>9</sup> O único item do Prontuário *on-line* que permite a função digital de copiar e colar é o *ambulatório*. Nesse caso, as informações encontradas nesse item foram copiadas e coladas em um arquivo digital de documento de texto. Já todas as informações encontradas nos demais itens do Prontuário *on-line* foram copiadas a mão em um bloco de notas.

Na Análise de Dados Qualitativos iniciou-se compilando e classificando os dados coletados em campo (YIN, 2016). Essa primeira etapa (Compilar) aproximou-se da criação de uma base de dados e teve como finalidade organizar os dados de maneira ordenada e permitiu ao pesquisador a familiarização com as “notas copiosas”, através da releitura e revisão constante (YIN, 2016). Neste momento, todas as informações coletadas de modo manual foram transcritas para o arquivo digital (utilizou-se o *Word* da *Microsoft Office 365*) criando-se, assim, um grande documento de texto.

Todas as “notas copiosas” foram lidas minuciosamente e devidamente identificadas, considerando a confidencialidade e privacidade dos dados coletados, preservando a confidencialidade dos dados de identificação dos profissionais de saúde, das mulheres e dos RNs. Dessa forma, foram utilizados códigos para a identificação dos Prontuários *On-line*, diferenciando-os entre prontuários de mulheres (M) e de RNs (RN) (Quadro 1). Também foram utilizados códigos para a identificação das categorias profissionais (P) que atenderam as mulheres e os RNs na Maternidade, ou seja, que registraram as informações no Prontuário *On-line* (Quadro 2).

**Quadro 1** - Códigos utilizados para identificar os Prontuários *On-line* de mulheres (M) e RNs (RN) que compuseram a amostra da pesquisa.

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO	CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DAS MULHERS E DOS RNS
1	M1
2	RN1
3	M2
4	RN2
5	M3
6	RN3
7	M4
8	RN4
9	M5
10	RN5
11	M6
12	RN6
13	M7
14	RN7
15	M8
16	RN8
17	M9
18	RN9
19	M10
20	RN10
21	M11
22	RN11
23	M12
24	RN12
25	M13
26	M14
27	M15

**Quadro 2** - Códigos utilizados para identificar as categorias profissionais que registraram as informações nos Prontuários *On-line* que compuseram a amostra da pesquisa.

<b>CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUE ATENDERAM AS MULHERES E OS RNS NA MATERNIDADE</b>	<b>CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUE ATENDERAM AS MULHERES E OS RNS NA MATERNIDADE</b>
Medicina – Ginecologia e Obstetrícia	P1
Medicina - Pediatria	P2
Enfermagem	P3
Serviço Social	P4
Medicina - Psiquiatria	P5
Psicologia	P6
Bioética Clínica	P7

A segunda etapa (Decompor) consistiu em decompor os dados compilados em fragmentos ou elementos menores, o que se considera como procedimento de decomposição (YIN, 2016). Aqui criaram-se categorias de identificação dos dados, ou seja, atribuíram-se rótulos às palavras, expressões ou conjunto de dados (YIN, 2016).

Na sequência, realizou-se o procedimento de recomposição dos dados (YIN, 2016). Nessa terceira etapa (Recompor) pôde-se “jogar com os dados”, ou seja, considerá-los em diferentes arranjos e temas, depois alterar e realterar os arranjos e temas, até que os dados recompostos pareceram satisfatórios ao alcance dos objetivos da pesquisa (YIN, 2016). Os rearranjos e recombinações foram facilitados com a elaboração de diversos quadros, os quais propiciaram o agrupamento e a visualização dos dados.

A quarta etapa (Interpretar) consistiu na interpretação dos dados, que pode ser entendida como a arte de dar o próprio significado aos dados recompostos e arranjos de dados (YIN, 2016). Esta etapa exigiu um emprego abrangente de habilidades interpretativas, cobrindo os aspectos cruciais dos dados coletados, bem como seus significados mais profundos (YIN, 2016). Para isso, foram levados em consideração os seguintes atributos: *Compleitude* - a interpretação tem um começo, meio e fim? *Justeza* - considerando a postura interpretativa, outros pesquisadores com a mesma postura chegariam à mesma interpretação? *Precisão empírica* - a interpretação representa seus dados corretamente? *Valor agregado* - a interpretação é nova ou é uma repetição da literatura sobre o tema? *Credibilidade* - independente da criatividade do pesquisador, como os autores mais valorizados na área criticariam ou aceitariam sua interpretação? (YIN, 2016).

Por fim, a quinta etapa (Concluir) exigiu a extração de conclusões de todo o estudo realizado. Para Yin, “uma conclusão é algum tipo de declaração abrangente ou uma série de declarações que elevam os resultados de um estudo a um nível conceitual mais elevado ou conjunto mais amplo de ideias” (2016, p. 6424-6425). Nessa etapa foi possível fazer

interferências da pesquisa como um todo e não apenas reafirmar com outras palavras os resultados obtidos.

Por fim, informa-se que a realização da pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) do Instituto de Psicologia (IP) da UFRGS (Parecer nº 3.114.329) e do HCPA (Parecer nº 3.115.407), mediante submissão na Plataforma Brasil.

## **2 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS SOCIAIS: A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL COMO RESPOSTA ÀS NECESSIDADES PARTICULARES DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E DOS SEUS FILHOS RNS**

O presente capítulo está dividido em três subtítulos e apresenta a síntese das reflexões teóricas realizadas pela mestranda acerca do tema da pesquisa, durante todo o processo de formação no mestrado acadêmico (orientações, disciplinas, estágio docente, grupo de pesquisa, eventos, etc.).

O primeiro subtítulo (3.1) discute sobre as necessidades humanas básicas, os direitos sociais e as políticas sociais, que são as categorias de análise da pesquisa, entendidas como aquelas “[...] que retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais” (MINAYO, 2013, p. 178). O segundo subtítulo (3.2) fala das necessidades particulares das mulheres usuárias de drogas e o terceiro (3.3) debate sobre a atenção à saúde materno infantil frente às necessidades das mulheres usuárias de *crack* e dos seus RNs. Nesses subtítulos trabalham-se as categorias operacionais da pesquisa, as quais permitiram ao pesquisador a aproximação com o objeto da pesquisa (O atendimento à saúde na Maternidade realizado com as mulheres usuárias de *crack* e seus filhos RNs) e guiaram o trabalho de campo abordado no *Capítulo 2* (MINAYO, 2013).

### **2.1 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS SOCIAIS**

Em 1988 foi promulgada a *Constituição Federal Brasileira* (CF/88), conhecida como Carta Magna e/ou Constituição Cidadã, fruto da luta popular pela conquista de uma sociedade livre, que trouxe indiscutível impulso aos direitos sociais e às políticas sociais, como antes nunca houve no país (VIEIRA, 2015).

A CF/88 instituiu o Estado Democrático e de Direito, destinado a

[...] assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias [...]. (BRASIL, 1988, Preâmbulo).

O Estado Democrático e de Direito se fundamenta na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e no pluralismo político (BRASIL, 1988, Art. 1º). Objetiva construir uma sociedade livre, justa e igualitária, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais, promover o bem de todos sem preconceito e discriminação e se desenvolver nacionalmente (BRASIL, 1988, Art. 3º). Rege-se nas relações internacionais pela supremacia dos direitos humanos, dentre outros princípios fundamentais<sup>10</sup> (BRASIL, 1988 Art. 4º, Inciso II).

Formulou-se no Brasil como

[...] síntese de uma superação histórica, com distinções e especificidades estatais originais, cuja densidade político institucional exigiu a constitucionalidade de uma formação estatal própria, embora tenha absorvido suas instituições fundamentais. Contêm direitos civis, políticos e sociais organicamente vinculados e cumulativos, em um único sistema jurídico-político de que são partes indecomponíveis e pressupostos mútuos, sendo por isso inconcebível que possa permanecer, como tal, sendo apenas de direito e não social ou vice-versa. Assegura os direitos sociais clássicos, mas também os universais e a democracia participativa, como condição de sua implementação. Sua natureza democrática e de direito, na própria qualificação do Estado consiste, entre outros elementos, na cumulatividade intrínseca entre os direitos individuais, com os direitos sociais e sua universalização, e os direitos e garantias fundamentais. (SIMÕES, 2014, p. 5227-5241).

Dessarte, a CF/88 assegura ao cidadão brasileiro diversos direitos civis, políticos e sociais, os quais formam uma “unidade axiológica indivisível, interdependente e inter-relacionada” (SIMÕES, 2014, p. 1414), que fundamentam a cidadania, entendida como “resultado de um processo instituinte e permanente da universalidade dos direitos, em que as singularidades são ponderadas e preservam os espaços de encontro, convivência e dignidade” (SIMÕES, 2014, p. 1439).

Os direitos sociais garantidos na CF/88 são a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988). Tratam-se de direitos fundamentais ao ser humano, uma vez que estão diretamente relacionados à satisfação das necessidades básicas, que fornecem as condições materiais para a realização de uma vida digna (COUTO, 2004). Visam assegurar o acesso da população aos bens sociais necessários à satisfação de suas necessidades básicas (SIMÕES, 2014).

---

<sup>10</sup> Ver os demais incisos do Art. 4º da CF/88.

Em suma, os direitos sociais estão diretamente relacionados ao atendimento das necessidades básicas do ser humano, compreendidas neste estudo a partir das ideias de Len Doyal e Ian Gough (1991), trabalhadas por Potyara Pereira, no livro intitulado *Necessidades Humanas Básicas: subsídios a crítica dos mínimos sociais* (2011).<sup>11</sup>

Doyal e Gough definem as necessidades como *humanas básicas*, objetivas e universais, na compreensão de que existem necessidades essenciais a qualquer ser humano, não variáveis, porque são comuns a todos, independentes de cultura, costumes, desejos e gostos (1991 *apud* PEREIRA, 2011).

A ideia da invariabilidade dessas necessidades baseia-se na convicção de que, para haver o desenvolvimento de uma vida humana digna, é preciso que determinadas necessidades essenciais, independentes das preferências individuais, sejam viabilizadas (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011).

A universalidade refere-se ao fato de que a sua não-satisfação, em qualquer região e cultura do planeta, representa à vida humana sérios prejuízos, entendidos como “impactos negativos cruciais que impedem ou põem em sério risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica” (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011, p. 69).

Os autores defendem a existência de dois conjuntos de necessidades básicas - que devem ser atendidas para que todo ser humano possa se constituir como tal e realizar seus objetivos e desejos socialmente valorados -, que são *saúde física* e *autonomia* (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011). A *saúde física* é necessidade básica, porque sem a provisão devida para satisfazê-la os homens estarão impedidos inclusive de viver (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011). A *autonomia* está relacionada à compreensão de que “os homens são algo mais do que seus genes biologicamente condicionam” (1991 *apud* PEREIRA, 2011, p. 70), entendida como “a capacidade do indivíduo de eleger objetivo e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões” (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011, p. 70).

Ter *autonomia* vai além de ter liberdade de agir: requer que a pessoa humana tenha a capacidade de eleger e valorar objetivos e crenças, assim como de se responsabilizar por suas decisões e escolhas (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011). Nesse sentido, a

---

<sup>11</sup> O livro *A theory of human need* de Len Doyal e Ian Gough foi publicado em 1991 pela Editora MacMillan em Londres/Inglaterra. Foi realizada a busca na internet por edições traduzidas do livro (em português e espanhol). Verificou-se que há uma edição traduzida em espanhol na Espanha e não se encontrou edição traduzida em português. Em bibliotecas e livrarias brasileiras não foram localizadas nem a edição original nem a traduzida em espanhol desta obra. Por esse motivo, manteve-se a utilização da referência citada por Pereira (2011).

*autonomia* pode ser prejudicada se houver déficit nos seguintes atributos: *saúde mental*, *habilidade cognitiva* e *oportunidade de participação* (GOUGH, 1998 *apud* PEREIRA, 2011).

O *déficit de saúde mental* é identificado com a inabilidade extrema e prolongada das pessoas de agirem de forma racional com os seus próprios pares, tendo, por isso, a sua confiança e a sua competência para participar seriamente prejudicadas. A *habilidade cognitiva* para participar socialmente inclui a compreensão das pessoas acerca das regras de sua cultura e a sua capacidade de raciocinar sobre essas regras e interpretá-las. Isso requer tanto habilidade culturalmente específicas quanto universais. Por fim, a *oportunidade de participar* implica que as pessoas tenham à sua disposição meios objetivos para exercerem papéis sociais significantes na sua vida social e na sua cultura. (GOUGH, 1998 *apud* PEREIRA, 2011, p. 71).

Doyal e Gough explicam que existem diferentes formas de satisfação das necessidades básicas, o que chamam de *satisfadores universais* ou *necessidades intermediárias* (1991 *apud* PEREIRA, 2011). São bens, serviços, atividades, relações, medidas e políticas usadas em diferentes proporções para satisfazer as necessidades básicas (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011).

Os *satisfadores universais* ou as *necessidades intermediárias* “são essenciais à proteção da *saúde física* e da *autonomia* e à capacitação dos seres humanos para participar o máximo possível das suas formas de vida e culturas” (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011). São agrupadas em onze categorias, sendo que nove se aplicam a todas as pessoas, e duas especificamente a mulheres e crianças, a saber: *alimentação nutritiva e água potável; habitação adequada; ambiente de trabalho desprovido de riscos; ambiente físico saudável; cuidados de saúde apropriados; proteção à infância; relações primárias significativas; segurança física; segurança econômica; educação apropriada; segurança no planejamento familiar, na gestação e no parto* (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011).

Os autores privilegiam as diferenças biológicas significativas entre homens e mulheres (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011). Defendem que a *segurança no planejamento familiar, na gestação e no parto* é essencial para a saúde e autonomia da metade da espécie humana e que a mulher precisa ter a possibilidade de controlar sua vida reprodutiva para ter as mesmas oportunidades de participação na sociedade que o homem (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011).

Além disso, Doyal e Gough (1991 *apud* Pereira, 2011) consideram que esses onze *satisfadores universais* são insuficientes quando se referem às necessidades particulares de determinados grupos da sociedade (por exemplo, idosos, pessoas com deficiência, mulheres, etc.), o que demanda a identificação de *satisfadores específicos*, que poderão melhorar as condições de vida e de cidadania das pessoas em situações sociais particulares. Isso porque

entendem que esses grupos estão sujeitos a um adicional de ameaças e riscos que tornam mais sofrida a sua existência física e autônoma (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011).

Sendo assim, percebe-se o reconhecimento da desigualdade social, que é inerente à sociedade capitalista, a qual baseia-se na apropriação privada dos meios de produção e dos bens socialmente produzidos, na exploração do trabalho humano, na concentração de riqueza e na manutenção da pobreza, tudo isso impondo a uma parcela da população condições degradantes de vida.

Segundo Couto (2004), os direitos sociais têm caráter redistributivo, porque buscam promover a igualdade de acesso aos bens socialmente produzidos, a fim de restaurar o equilíbrio para a coesão social. Representam um avanço importante nos direitos, “[...] por elegerem determinadas condições materiais e espirituais de vida como imprescindíveis e que, por isso, devem ser assegurados à população”. (SIMÕES, 2014, p. 3953).

Em síntese, têm como fundamento central

[...] as necessidades reais do homem, que se caracterizam por serem básicas, objetivas, universais e históricas. Implicam, também, elementos de solidariedade social, transitando na ótica da consciência individual para a consciência coletiva. São tidos primeiramente como direitos dos trabalhadores, para só depois se desvincularem da relação contratual, assumindo um caráter prestacional, seja de serviços ou renda, com estreita relação com o Estado interventor e redistribuidor; complementam e dão sentido aos direitos civis e políticos, pois atuam também na esfera econômica, e referem-se ao homem concreto, com seus problemas e necessidades. (COUTO, 2004, p. 49).

De acordo com Simões (2004), Pereira (2008) e Couto (2004), os direitos sociais concretizam-se através de política públicas sociais, entendidas como

um conjunto integrado de ações de iniciativa do poder Público e da sociedade, deliberada por conselhos, constituída por planos, implementada por programas e projetos e executada por gestores sociais, em parceria com entidades e organizações da sociedade civil. Têm a finalidade de assegurar os bens sociais referidos, sob os princípios da descentralização, participação e municipalização, unificadas pela estrutura federativa, de modo a garantir sua unidade integrativa. Decorrem de planos e programas de quatro modalidades: prevenção, proteção, promoção e inserção social e devem efetivar-se por meio de redes de proteção social básica ou especial (por exemplo, na saúde e assistência social), integradas por órgão governamentais e entidades e organizações da sociedade civil, mediante a prestação de benefícios e serviços, tendo por pressuposto as relações integrativas básicas da vida familiar, comunitária, trabalho e bens culturais. Estão condicionadas à criação de um conselho (nacional, estadual e municipal), deliberação de uma política e um fundo de recursos, em ações integrativas, sob controle social e estatal, com comando único em cada esfera de governo e contínua avaliação dos respectivos gestores. (SIMÕES, 2014, p. 4705-4719).

É através da política social que direitos sociais são concretizados e necessidades básicas são atendidas (PEREIRA, 2008). Trata-se de “[...] uma espécie de política pública que visa

concretizar o direito a seguridade social<sup>12</sup>, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros” (PEREIRA, 2008, p. 16).

A efetivação dos direitos sociais, mediante as políticas sociais, depende das condições econômicas e da base estatal (COUTO, 2004). Dessa forma, destaca-se que as políticas sociais não são neutras, estão diretamente relacionadas às políticas econômicas e vinculadas à acumulação do capital, o que influencia diretamente na forma como são propostas e efetivadas (VIEIRA, 2007).

A política social consiste em estratégia governamental e normalmente se exibe em formas de relações jurídicas e políticas, não podendo ser compreendida por si mesma. Não se definindo a si, nem resultando apenas do desabrochar do espírito humano, a política social é uma maneira de expressar as relações sociais, cujas raízes se localizam no mundo da produção. (VIEIRA, 2007, p. 142).

Nessa lógica, cabe contextualizar que o Estado Brasileiro, quando se constitui como Democrático e de Direito, também adere às ideias neoliberais<sup>13</sup> e da terceira via<sup>14</sup>, que foram propostas para a superação da crise de acumulação do capital<sup>15</sup> de 1970 (PERONI, 2011).

---

<sup>12</sup> “[...] Sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos” (PEREIRA, 2011, p. 16).

<sup>13</sup> “O neoliberalismo é, em primeiro lugar, uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados. Além disso, se não existirem mercados (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a seguridade social ou a poluição ambiental), estes devem ser criados, se necessário pela ação do Estado. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício.” (HARVEY, 2008, p. 2).

<sup>14</sup> Proposta por *Anthony Giddens*, também conhecida como a atual social-democracia, é “uma Terceira Via no sentido de que é uma tentativa de transcender tanto a social democracia do velho estilo quanto o neoliberalismo” (GIDDENS, 1999, p. 36). Baseia-se nos seguintes valores: “igualdade, proteção aos vulneráveis, liberdade como autonomia, não há direitos sem responsabilidades, não autoridade sem democracia, pluralismo cosmopolita e conservadorismo filosófico” (GIDDENS, 1999, p. 76).

<sup>15</sup> “Perto do final dos anos 1960, o liberalismo embutido começou a ruir, internacionalmente e no nível das economias domésticas. Os sinais de uma grave crise de acumulação eram em toda parte aparentes. O desemprego e a inflação se ampliavam em toda parte, desencadeando uma fase global de “estagnação” que duraria por boa parte dos anos 1970. Surgiram crises fiscais de vários Estados (a Grã-Bretanha, por exemplo, teve de ser salva com recursos do FMI em 1975-76), enquanto as receitas de impostos caíam acentuadamente e os gastos sociais disparavam. As políticas keynesianas já não funcionavam. Mesmo antes da guerra árabe-israelense e do embargo do petróleo da OPEP de 1973, o sistema de taxas de câmbio fixas DCE Bretton Woods, baseado em reservas de ouro, tinha se mostrado ineficaz. A porosidade das fronteiras dos Estados com relação aos fluxos de capital pressionava o sistema de taxas de câmbio fixas. Os dólares dos Estados Unidos tinham inundado o mundo e escapado ao controle daquele país, sendo depositados em bancos europeus. As taxas de câmbio fixas foram abandonadas por causa disso em 1971. O ouro não mais poderia funcionar como

No neoliberalismo, Estado é mínimo e não é o responsável pela execução das políticas sociais. Quem assume esse papel é o mercado, encarregado por superar as falhas do Estado, o qual está em crise e, portanto, para a superação precisa ser reformado, no sentido de diminuir a sua atuação. (PERONI, 2011).

O neoliberalismo não considera a existência de necessidades humanas básicas, as entende como desejos, aspirações e preferências particulares, as quais apenas o mercado é capaz de satisfazer. Rejeita as políticas sociais como meio de concretização dos direitos sociais e defende que ao Estado deve garantir o mínimo, apenas o suficiente para prevenir e enfrentar a pobreza extrema, sem elevar os sujeitos a condição de titulares de direitos. Dessa forma, tem-se a violação das necessidades básicas da população e dos direitos que deveriam satisfazê-las. (PEREIRA, 2011).

Na terceira via, a execução das políticas sociais fica a cargo da sociedade civil organizada (PERONI, 2011). Ela possui o mesmo diagnóstico de crise do neoliberalismo, de que é o Estado que está em crise, não o capital, e propõe reformá-lo e repassar tarefas para a sociedade civil (PERONI, 2011).

Tanto o neoliberalismo quanto a terceira via defendem que o Estado é ineficiente e culpado pela crise do capital; querem racionalizar recursos, diminuir os gastos com as políticas sociais e reduzir o papel das instituições públicas (PERONI, 2011).

Enquanto o neoliberalismo propõe a privatização e o estado mínimo, a terceira via pretende reformar o Estado, que passa a ser o coordenador e o avaliador das políticas, mas não mais o principal executor. Assim, o terceiro setor é a estratégia da terceira via para execução das políticas sociais. (PERONI, 2011, p. 211).

O debate do terceiro setor tem um papel ideológico funcional aos interesses do capital no processo de reestruturação neoliberal, promovendo a reversão dos direitos de cidadania (MONTAÑO, 2002).

[...] Numa perspectiva crítica e de totalidade, o que é chamado de “terceiro setor” refere-se, na verdade, a um fenômeno real inserido na e produto da reestruturação do capital, pautado nos (ou funcional aos) princípios neoliberais: um novo padrão (nova modalidade, fundamento e responsabilidades) para a função social de resposta às sequelas da “questão social” seguindo os valores da solidariedade voluntária e local, da autoajuda e da ajuda mútua. (MONTAÑO, 2002, p. 22).

---

a base metálica da moeda internacional; as taxas de juro passaram a ser flutuantes e as tentativas de controlar a flutuação logo foram abandonadas. O liberalismo embutido que gerara altas taxas de crescimento, pelo menos nos países capitalistas avançados, depois de 1945 estava claramente esgotado e deixara de funcionar.” (HARVEY, 2008, p. 12)

O termo *questão social* surgiu na terceira década do século XIX para explicar o pauperismo, decorrente da primeira onda da industrialização na Inglaterra (NETTO, 2001). Expressa a contradição existente entre a potencialidade do capitalismo de produzir riqueza e a incapacidade de atender às necessidades da sociedade (NETTO, 2001). Conforme o desenvolvimento do capitalismo, manifesta-se de diferentes formas, como a pobreza, a violência, o uso abusivo de drogas, a exploração do trabalho, a resistência, dentre outras (NETTO, 2001).

Destarte, a questão social e suas expressões estão na

[...] gênese das desigualdades sociais em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade. Desigualdades indissociáveis da concentração de renda, de propriedade e do poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusão sociais. (IAMAMOTO, 2009, p. 59).

O terceiro setor é uma nova forma de tratar a questão social, que deixa de ser de responsabilidade do Estado e “[...] passa a ser de auto responsabilidade dos próprios sujeitos portadores de necessidades, da ação filantrópica, “solidária-voluntária”, de organizações e indivíduos” (MONTAÑO, 2002, p. 22).

Nesse contexto, o atendimento às necessidades básicas não é visto como um direito do ser humano; trata-se de uma opção do voluntário, daquela pessoa de bem, que deseja ajudar o próximo.

Frente ao exposto, é possível afirmar que os direitos sociais assegurados na CF/88 vêm sofrendo um impacto negativo, uma vez que as políticas sociais que deveriam efetivá-los vêm sendo diretamente influenciadas pelo neoliberalismo e pela terceira via. Isso é perceptível no cotidiano de trabalho na política social de saúde, vide o desmonte dos serviços públicos, mediante a restrição de financiamento<sup>16</sup>, a possibilidade da terceirização das atividades fins, a demonização dos servidores públicos, a ampliação das organizações da sociedade civil e o incentivo ao trabalho voluntário.

Como exemplo disso, no âmbito da saúde mental, em relação ao atendimento às pessoas com prejuízos causados pelo uso de álcool e outras drogas, cita-se o estímulo e o apoio às Comunidades Terapêuticas<sup>17</sup>, previsto na *Política Nacional sobre Drogas* aprovada recentemente com o *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019* (BRASIL, 2019c), e a

---

<sup>16</sup> Ver Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016, que institui o Novo Regime Fiscal (BRASIL, 2016c).

<sup>17</sup> Entidades do chamado terceiro setor, “instituições privadas, sem fins lucrativos, que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2019b).

terceirização dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como já vem ocorrendo na Capital Gaúcha com os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

Em síntese, o que se vê é a lógica do capital se sobrepondo à lógica dos direitos; nota-se a transferência da responsabilidade do Estado para o mercado e a sociedade civil, no que diz respeito ao atendimento das necessidades da população.

O Item 3.2 apresenta algumas reflexões acerca das necessidades particulares apresentadas pelas mulheres usuárias de drogas, atentando para aquelas que estão gestantes, que têm filhos e que fazem uso de *crack*.

## 2.2 AS NECESSIDADES PARTICULARES DAS MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS

O uso de drogas não é um fenômeno recente na sociedade, mas sim “[...] uma prática humana, observada entre diferentes grupos sociais ao longo da história” (PAIVA; COSTA, 2017, p. 54). Ou seja, homens e mulheres fazem uso de drogas desde o surgimento da humanidade, em resposta às diversas necessidades humanas (CFESS, 2016).

Nery Filho (2012) afirma que não são as drogas que fazem os humanos, mas sim os humanos que fazem as drogas, nesse sentido “[...] cada humano consumirá essa ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais” (NERY FILHO, 2012, p. 20).

O uso de drogas nem sempre foi considerado algo ruim/problemático na sociedade, porém, segundo Paiva e Costa (2017, p. 59) “[...] é inevitável constatar que ao longo das últimas décadas temos observado que o uso, abuso, além do tráfico de drogas têm afetado diretamente as condições de vida de inúmeros sujeitos e grupos sociais.” Essa prática humana passa a ser considerada um problema quando os prejuízos em decorrência do uso de drogas afetam negativamente os indivíduos e a sociedade, principalmente quando está associada à violência e à criminalidade. (PAIVA; COSTA, 2017).

Cabe salientar que existem diferentes formas de fazer uso de drogas que, geralmente, são entendidas como *padrões de uso*. Nesse sentido, este uso pode estar associado a indicações cientificamente comprovadas, pode decorrer de autoadministração e ser esporádico, ocasional, recreativo, abusivo ou dependente (CFESS, 2016).

Gomes (2012, p. 376) afirma que “sempre existe um percurso na relação do usuário com a droga, uma “carreira” que nem sempre aponta para uma degeneração de caráter ou de uma falha intrínseca [...]” Diz que “não existe [...] “uso de drogas” e sim “usos”, que se configuram a partir da realidade social, política e econômica [...] e da realidade relacional, micropolítica, afetiva e humana presente em um território” (GOMES, 2012, p. 376).

Em relação ao *crack*, Malheiros (2012) alerta que muitos estudos realçam o caráter desestruturador que causa na vida dos sujeitos, o que cria na sociedade “[...] o consenso de que o uso continuado [...] acarreta, necessariamente, usos disfuncionais, uma generalização que acaba por encobrir outras modalidades de uso menos danosas e mais funcionais” (MALHEIROS, 2012, p. 80). Nessa lógica, Ataídes (2017, p. 45) mostra em sua pesquisa que o jornal *A Folha de S. Paulo* “[...] apresenta somente depoimentos que refletem a experiência de pessoas com padrão de uso abusivo de *crack*, contribuindo assim para reforçar o mito de que todo usuário de *crack* apresenta esse padrão de uso.”

Malheiros (2012) também sinaliza que os usuários de *crack* indicam um padrão de uso compulsivo na “fase inicial da carreira”, com comprometimentos físicos e sociais, quando eles se identificam como *sacizeiros*. Isso se altera quando chega a “fase adulta”, quando eles relatam sair da vida de *sacizeiro* para ingressar no processo de reflexividade no uso de droga, engendrando métodos que promovam um uso mais seguro e consciente. Por outro lado, Carneiro e Rego (2012, p. 393) destacam que

a forma como os usuários de *crack* têm descrito suas experiências com a droga se traduz por uma forte compulsão, fissura, descontrole, sujeição, produzindo uma relação conflitiva qualificada como de amor e ódio, como algo que inunda o corpo do sujeito e o faz esvanecer, que oscila entre o mais absoluto prazer e a depressão, evidenciando um estado de dependência do qual o sujeito diz não saber como escapar. Observamos nas ruas, escutamos da mídia sensacionalista e do senso comum e, sobretudo, nos relatos de familiares e dos próprios usuários, nos serviços de tratamento, um posicionamento de inteira submissão à droga, o que indica uma subjetividade devastada que precisa de elementos reais e imaginários para ser reconstituída. (CRANEIRO; REGO, 2012, p. 393).

No contexto histórico e atual do uso de drogas, principalmente das ilícitas - aquelas que são condenadas pela lei ou pela moral, proibidas, ilegais - tem-se como resposta do Estado, “[...] o emprego de recursos oriundos da saúde, assistência social e segurança pública, tendo como **orientação hegemônica uma perspectiva moralista e punitiva [...]**” (PAIVA; COSTA, 2017, p. 54, grifo nosso).

Ataídes (2017) aponta que os dois maiores jornais em circulação no Brasil (*Folha de S. Paulo* e *O Globo*) utilizam palavras como “craqueiro” (foi utilizada somente pela *Folha de S.*

Paulo), “drogado”, “viciado” e “dependente” para se referir as pessoas que usam *crack*. Frente a isso, o autor destaca que

o uso desse vocabulário é preocupante por pelo menos três motivos. O primeiro é que reforça o estigma em relação a essas pessoas ao se referirem a elas pelo atributo estigmatizante, como se aquele ser humano se resumisse somente a isso. Esse tipo de visão reforça a crença de que pessoas que usam *crack* são seres humanos menores e isso pode ser utilizado para justificar todo tipo de tratamento humilhante e degradante direcionados a essas pessoas. Segundo, utilizar esse tipo de termo é complicado porque alguns desses vocábulos desconsideram a existência de diversos padrões de uso de *crack*. Ou seja, ignora o fato de que nem todo uso é abusivo e problemático e, portanto, nem todo usuário é dependente. [...] A identificação de usuários de *crack* utilizando esse vocabulário se baseia em concepções morais e não em informações científicas. Para explicar melhor o terceiro ponto é importante lembrar que [...] a imprensa e a sociedade são como um espelho, ou seja, um influencia o outro no que tange a formação de opinião. Como os veículos de comunicação analisados são os mais acessados pela população brasileira, infere-se que eles têm um papel importante na formação da opinião pública no país. Portanto, ao se referir às pessoas que usam *crack* dessa maneira, a *Folha de S. Paulo* e o jornal *O Globo* podem contribuir para reforçar o estigma relacionado às pessoas que usam *crack*. (ATAÍDES, 2017, p. 71).

Há também quem problematiza o termo *droga*. CFESS (2016, p. 8) afirma que ele é usado “[...] de maneira inadvertida, contribuindo com visões mistificadoras sobre o uso e as/os usuárias/os de psicoativos, bem como com a reprodução acrítica de juízos de valor estigmatizantes”. Diante disso, indica que

[...] os termos *psicotrópico* e *psicoativo* são mais adequados para designar as substâncias/produtos que agem preferencialmente no Sistema Nervoso Central (SNC), estimulando, deprimindo ou perturbando suas funções (propriedades que tornam os *psicotrópicos/psicoativos* substâncias passíveis de abuso e dependência) (CFESS, 2016, p. 8).

Nessa perspectiva, “dizer que uma pessoa é *usuária de psicoativo* significa reconhecer que esta prática é uma entre as inúmeras práticas, atividades, escolhas, possibilidades e potencialidades daquela pessoa” (CFESS, 2016, p. 8). Em contrapartida “[...] dizer que uma pessoa é *drogada* comumente significa dar ênfase ao caráter ilícito da substância usada e, sobretudo, significa reduzir toda a trajetória e a biografia daquela pessoa ao uso de “*drogas*”” (CFESS, 2016, p. 8). É como se essa prática humana “[...] aniquilasse a totalidade de sua personalidade, de suas escolhas, de sua moralidade, de sua condição social e profissional, reduzindo-a à condição de *drogada*” (CFESS, 2016, p. 10).

Destarte, entende-se que essa problematização terminológica é de fundamental importância, entretanto neste estudo serão utilizados os termos *droga*, *crack*, *pessoa usuária de drogas* e/ou *pessoa usuária de crack*, em sentido amplo e crítico, a fim de evitar o uso de diferentes termos, tendo em vista que a maioria das produções teóricas usam o termo *droga*.

É importante destacar que se compreende o uso de drogas como uma expressão da questão social, o qual resulta das “[...] multideterminações de caráter estrutural, ideológico e cultural que interpelam as relações estabelecidas entre sujeitos e sociedade” (PAIVA; COSTA, 2017, p. 61). Ou seja, “o uso, o abuso, a dependência e o tráfico de drogas não ocorrem em um vazio histórico e social, mas cumprem funcionalidades a partir da realidade social na qual se inscrevem” (PAIVA; COSTA, 2017, p. 64).

A exemplo disso está o *crack*, que é “[...] um derivado da pasta base da coca, estabilizada com a adição de uma substância alcalina (base) como, por exemplo, o bicarbonato de sódio, e é primariamente consumido como uma pedra fumada” (BASTOS; BERTONI, 2012, p. 13), também é conhecido como a “[...] cocaína fumada [...]” (SENAD, 2014, p. 11).

Segundo Medeiros (2014, p. 8), o *crack*:

tem sua origem entre os anos de 1984 e 1985 nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami, habitados principalmente por negros ou hispânicos e acometidos por altos índices de desemprego. Era consumido em sua maioria por jovens de estratos sociais mais baixos, atraídos pelo baixo custo da substância (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Sua obtenção era de modo simples, passível de fabricação caseira e utilizado em grupo, dentro de casas com aspectos de precariedade e sujeira; aspecto este que ainda permanece presente nos cenários de consumo da substância.

Bastos e Bertoni (2012, p. 13) apontam que “não há registros precisos acerca de quando o *crack* passa a circular no Brasil [...]” e informam que os primeiros artigos publicados no país sobre o consumo de crack datam de 1996, relatando que estaria disponível em São Paulo a partir de 1991 (BASTOS; BERTONI, 2012).

A *Pesquisa Nacional sobre o Crack*, realizada no Brasil em 2014, mostra que os usuários de crack representam, um grupo vulnerável da sociedade, pois “[...] são, em sua maioria, homens, jovens, pouco escolarizados, que estão vivendo em situação de rua, e que não tem emprego/renda fixa” (BASTOS; BERTONI, 2012, p. 66).

Nessa perspectiva, recentemente Jorge (2017) mostrou a predominância de homens usuários de *crack* em relação a mulheres, sendo a maioria de cor parda, solteiros, jovens ou adultos jovens, correspondendo à faixa etária de 18 a 34 anos. Observou-se que muitos usuários não acessam programas governamentais de transferência de renda e não concluíram o ensino fundamental. Constatou-se a violência sexual com alta prevalência entre as mulheres como o principal agravo de saúde. E verificou-se que grande proporção de usuários de *crack* faz uso concomitante de maconha, cocaína (pó), inalantes/solventes e benzodiazepínicos. (JORGE, 2017).

No contexto atual, tem-se diversas análises que visam explicar o uso, o abuso e o tráfico de drogas como uma escolha individual (PAIVA; COSTA, 2017) e que são respaldadas em uma “[...] matriz liberal de indivíduo, dono e responsável por si, senhor de suas escolhas, responsável por seus sucessos e também por seus fracassos” (PAIVA; COSTA, 2017, p. 64). Paiva e Costa (2017, p. 64) citam que

as explicações de cunho moralistas, recheadas por preconceitos e estigmatizações com relação aos sujeitos usuários de drogas são muito comuns, respaldadas por leituras biomédicas e organicistas que se articulam a discursos jurídicos, positivistas e conservadores, que terminam por reforçar o controle, punição e encarceramento de certos tipos de usuários.

Para evitar esse tipo de análise, é essencial considerar “[...] a relação que se estabelece entre o sujeito e a droga a partir da realidade objetiva na qual estes se inserem” (PAIVA; COSTA, 2017, p. 64). Ou seja, é preciso olhar o sujeito - usuário(a) de *crack* - inserido no contexto de sociedade capitalista e num país que é considerado “[...] um dos países mais desiguais do mundo” (OXFAN, 2017, p. 17).

Sendo assim, entender como as desigualdades sociais vivenciadas no Brasil, “[...] relacionadas à concentração de renda, a manutenção de patamares de pobreza e miséria, os quadros de violências contra mulheres, jovens e negros, com expressivos indicadores de extermínio e encarceramento [...]” (PAIVA; COSTA, 2017, p. 67), influenciam e determinam a vida de muitas pessoas, como as que fazem uso de *crack*, é de fundamental importância para o trabalho e as análises sobre o tema. Ou seja, a desigualdade brasileira deve ser considerada com vistas à construção de práticas políticas voltadas para o cuidado, baseadas na lógica da redução de danos (PAIVA; COSTA, 2017).

Então, ao falar do uso de drogas realizado por mulheres, é imprescindível contextualizar a posição da mulher na sociedade. Como forma de ilustração disso, apresenta-se na Figura 2, algumas citações do Relatório do Desenvolvimento Humano, publicado em 2015, pelo PNUD.

O uso de drogas por mulheres historicamente esteve obscurecido, relegado à figura masculina, e constitui-se um fenômeno complexo, apresentando diversas implicações sociais, que requerem a atenção integral da política de saúde (BOLZAN, 2016).

Segundo Bolzan,

as mulheres fazem uso de drogas por diferentes motivações, para amenizarem suas dores, angústias, como uma forma de se libertarem das opressões vivenciadas, como meio de obter prazer, dentre outros estímulos. Ao mesmo tempo em que o uso da droga lhes proporciona uma forma de prazer imediato, **às mulheres são culpabilizadas, julgadas e moralizadas por este ato, pois o fato de consumir droga vai à contramão da construção social do que se estimula como padrão de comportamento feminino.** Por isso, elas são consideradas inaptas de cumprir seu

**estereótipo de gênero, como o ofício de ser mãe, esposa e cuidadora da família.** (BOLZAN, 2016, p. 150-151, grifo nosso).

**Figura 2** - Ilustra algumas citações que indicam a posição da mulher na sociedade.

“As mulheres estão em desvantagem no mundo do trabalho, tanto remunerado como não remunerado.” (PNUD, 2015, p. 120).

- “As mulheres de todo o mundo ganham menos 24 por cento do que os homens e ocupam apenas 25 por cento dos cargos administrativos e de gestão no mundo empresarial, sendo que 32 por cento das empresas não têm mulheres em cargos de responsabilidade. As mulheres ocupam apenas 22 por cento dos mandatos nas câmaras únicas ou nas câmaras baixas dos parlamentos nacionais.” (PNUD, 2015, p. 5).

“Uma em cada três mulheres foi objeto de violência física ou sexual.” (PNUD, 2015, p. 7).

- “Em 2012, cerca de 21 milhões de pessoas no mundo foram vítimas de trabalhos forçados, traficadas para fins de exploração sexual ou laboral ou para trabalhar em condições análogas à escravidão—14 milhões foram sujeitas à exploração laboral e 4,5 milhões à exploração sexual. Mulheres e jovens do sexo feminino representam uma parcela maior do que os homens e jovens do sexo masculino. Estima-se que o trabalho forçado gera aproximadamente 150 mil milhões de dólares por ano em lucros ilegais.” (PNUD, 2015, p. 7).

“Os homens dominam o mundo do trabalho remunerado e as mulheres o do trabalho não remunerado”. (PNUD, 2015, p. 12).

Fonte: Elaborada pela autora com base em PNUD (2015).

*A Pesquisa Nacional sobre o Crack*, realizada no Brasil em 2014, identificou que

as mulheres usuárias de *crack* e/ou similares encontram-se inseridas em contextos de maior vulnerabilidade e apresentam baixa escolaridade, experiência cotidiana de viver em situação de rua, histórico de violência sexual, uso concomitante e intenso de drogas lícitas e ilícitas, uso infrequente de preservativos, troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, entre outros elementos de vulnerabilidade individual e social. (JALIL *et al.*, 2017, p. 99).

Nesse sentido, Martins (2017, p. 35) aponta que

o perfil sociodemográfico das mulheres gestantes usuárias de *crack* (amostra de 30 sujeitos) revela dezessete mulheres (57%), com idade igual ou superior a 25 anos. Um total de dezoito mulheres (60%) de etnia parda ou negra. Vinte e três mulheres (76,7) sem companheiro fixo. Identificado baixo nível de escolaridade, 17 mulheres (57%), com registro de no máximo nove anos de estudo. Quanto à ocupação, 19 delas (63,3%) tinham registro de ocupar-se nas atividades “do lar”, ou seja, não possuíam renda própria ou emprego formal. (MARTINS, 2017, p. 35)

Além disso, um estudo realizado em dois hospitais de referência ao pré-natal de alto risco na cidade de Porto Alegre, no período de 2012 a 2013, identificou que a maioria das mulheres usuárias de *crack* não tem um parceiro fixo, tem outros filhos, apresenta maior número de gestações e partos prematuros, tem um QI estimado mais baixo, pertence a um nível socioeconômico mais baixo e é negra (ZAVASCHI, 2014).

O isolamento, o rompimento das relações familiares e de amizade, o afastamento das atividades laborais e educacionais são fatores que aumentam a situação de vulnerabilidade dessas mulheres (BOLZAN, 2016).

Porto (2018, p. 5) sinaliza que “[...] a desestabilização familiar propiciada pelo consumo de drogas pode contribuir para a manutenção do círculo contínuo de vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres.” Em seu estudo, a autora identificou “[...] alta proporção de gestantes desempregadas envolvida direta e indiretamente com as drogas” (PORTO, 2018, p. 5); relação entre uso de drogas e condição de moradia, “tanto o consumo entre mulheres quanto a convivência com usuários foram proporcionalmente maiores entre as que residiam em casas alugadas” (PORTO, 2018, p. 6); e “maior proporção de mulheres que consumia drogas, possuía renda familiar de um a três salários mínimos e dependia parcialmente do companheiro ou familiar” (PORTO, 2018, p. 6).

No contexto atual, percebe-se que uma das limitações postas à realidade das mulheres usuárias de drogas é o acesso aos serviços de saúde, o qual

[...] perpassa pela garantia de respeito às necessidades e particularidades dos usuários atendidos, que também se expressa no princípio da equidade através da percepção e reconhecimento das condições de vida e saúde dos indivíduos considerando as especificidades e diversidades. (BOLZAN, 2016, p. 117).

As mulheres usuárias de drogas carecem da proteção social das políticas sociais públicas que atendam suas reais necessidades, principalmente aquelas que se encontram em situação de rua e em período gestacional, que necessitam de local adequado para acolhimento de suas demandas (BOLZAN, 2016). Comumente, pela ausência da proteção social, elas perdem a guarda dos filhos, por meio de medidas estritamente focadas na proteção da criança, que penalizam a mulher por sua condição social (BOLZAN, 2016).

Segundo Bolzan (2016, p. 140), “as mulheres que fazem uso de drogas são desacreditadas em sua capacidade de exercer as funções maternas e consideradas incapazes de criar uma criança, resultando em diversos estigmas e preconceitos a ela vinculados”. Tal descrédito intensifica-se ainda mais quando se trata do uso do *crack*, principalmente pelo fato de ele “[...] ter alcançado uma dimensão social demonizada e não humana, que expõe os problemas sociais e condiciona na mais demonizada dos estereótipos a mulher que usa drogas” (BOLZAN, 2016, p. 94).

Nessa lógica, Rosato (2017, p. 6) aponta que

no caso de serem mulheres grávidas usuárias de drogas, subentende-se que, além de perigosas, se tratam de pessoas incapacitadas para a maternidade porque são “vulneráveis” pelo uso da droga que as domina, não possuindo condições do exercício

da maternidade. Deste modo, a periculosidade assume um caráter central no acolhimento institucional de bebês [...]. (ROSATO, 2017, p. 6).

Na contrapartida, Rios (2017, p. 188) refere que

[...] há um predomínio do desejo de maternagem do filho, recusando a possibilidade de entrega protegida para adoção; claras evidências da preocupação dessas mulheres com a gestação e saúde do bebê, a despeito da continuidade do uso de drogas. Além disso, repetindo um padrão geral da sociedade, há uma centralização na figura da mulher como responsável pelo cuidado com a criança, eclipsando a figura paterna. (RIOS, 2017, p. 188).

Conforme *A Pesquisa Nacional sobre o Crack*, realizada no Brasil em 2014, “o número médio de gestações e de nascidos vivos das mulheres usuárias de *crack* e/ou similares foi de, respectivamente, 3,82 e 2,56” (JALIL *et al*, 2017, p. 95), “o número médio de gestações e nascidos vivos após o início do uso de *crack* e/ou similares foi de, respectivamente, 1,52 e 1,14” (JALIL *et al*, 2017, p. 95).

Das mulheres que gestaram ao menos uma vez na vida, mais de 60% delas referiu pelo menos uma gravidez após terem começado a usar *crack* e/ou similares. Destas, cerca de metade apresentou ao menos uma gestação que não evoluiu até o final (nascimento) ou que resultou em um feto natimorto. (JALIL *et al*, 2017, p. 95).

Outros estudos sinalizam para a precariedade e ausência do pré-natal realizado pelas mulheres usuárias de drogas (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015; WRONSKI, 2016; MARTINS, 2017). Nesse sentido, Maia, Pereira e Menezes (2015, p. 126) relatam que

a grande maioria das gestantes dependentes químicas, especialmente do *crack*, não faz nenhum tipo de acompanhamento pré-natal nem procura orientações médica durante a gravidez, pois sua rotina se faz nas ruas, com o uso de drogas. Elas costumam chegar à maternidade apenas na hora do parto e isso acaba dificultando ainda mais a identificação delas e do número de crianças nascidas nessa situação. (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015, p. 126).

Em razão disso, Rios (2018, p. 188) reforça “[...] a importância das práticas de cuidado (de saúde e assistência social principalmente) ampliem seus espectros de atuação, seja no pré-natal, seja no fortalecimento de vínculos familiares e sociais.” Rocha (2016, p. 10) indica que

a detecção das gestantes com maior risco de uso de drogas durante o pré-natal pode permitir uma intervenção mais precoce, redução de comportamentos de risco à saúde e melhoria da qualidade da assistência materna e infantil. Durante o pré-natal deve-se dar especial atenção a mulheres que relatam uso de drogas lícitas ou que residem sem o companheiro ou apresentam altos níveis de estresse, pois estas têm maior risco de uso de drogas ilícitas. (ROCHA, 2016, p. 10)

Em suma, sabe-se que muitas das mulheres usuárias de *crack* engravidam e a gestação pode, ou não, resultar da escolha individual, do planejamento familiar, de relação sexual consentida. Para essas mulheres, “[...] a maternidade poderá ser um alento para a transformação

de sua realidade, dando-lhe outros sentidos e propiciando elaborar planos que possibilitem a superação da culpabilização pelo afastamento e não criação dos filhos” (BOLZAN, 2016, p. 138).

Nessa perspectiva, o período gestacional e puerperal pode ser favorável para a vinculação das mulheres usuárias de *crack* ao tratamento de saúde.

Por fim, entende-se que as mulheres usuárias de *crack* e seus filhos RNs apresentam necessidades particulares, que requerem respostas específicas das políticas públicas sociais. Identificar essas necessidades e torná-las visíveis na sociedade é fundamental para a criação de políticas públicas e sociais que busquem a satisfação de suas necessidades humanas básicas. No *Item 3.3* discute-se sobre a atenção à saúde materno-infantil no Brasil e o atendimento às necessidades particulares apresentadas por elas.

### 2.3 A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL E SUAS ESPECIFICIDADES FRENTE ÀS NECESSIDADES PARTICULARES DAS MULHERES USUÁRIAS DE *CRACK* E DOS SEUS FILHOS RNS

No Brasil, a saúde é concebida como direito do ser humano e dever do Estado, ao qual deve cabe prover as condições necessárias para o seu pleno exercício (BRASIL, 1990a).

É fruto do *Movimento de Reforma Sanitária*<sup>18</sup> e, para além da ausência de doença, deve ser interpretada em sentido amplo: “como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4).

Trata-se de uma necessidade básica do ser humano (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011) que fundamenta o direito social à saúde, garantido na CF/88, efetivado por meio de uma política pública social e operacionalizado através do SUS, o qual “[...] ao garantir o acesso universal aos serviços de saúde a toda a população, constitui-se numa das maiores conquistas dos brasileiros” (DIAS, 2017, p. 40).

---

<sup>18</sup> “Processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.” (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

A saúde é regulamentada pelas *Leis nº 8080/1990* (BRASIL, 1990a) e *nº 8142/1990* (BRASIL, 1990b) e regida por várias portarias e decretos, por exemplo: a *Portaria nº 545/1993*, que implementa a Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 (BRASIL, 1993); a *Portaria nº 2.203/1996*, que aprova a NOB de 1996 (BRASIL, 1996); a *Portaria nº 4279/2010*, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010a); e o *Decreto nº 7508/2011*, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outros (BRASIL, 2011a).

A Lei 8080/1990 indica que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990a, Art. 3º).

Nessa perspectiva, Oliveira, Rizzato e Magaldi (1993, p. 210) falam que

o nível de saúde das populações no espaço e no tempo só pode ser alcançada se se levar em conta o grau de desenvolvimento das forças produtivas, o modo como se dá a apropriação dos meios de produção, a distribuição social dos bens e dos serviços, os antagonismos entre o capital e o trabalho, a existência de nações e classes poderosas e exploradoras e de nações e classes dependentes e exploradas. (OLIVEIRA; RIZZATO; MAGALDI, 1993, p. 210).

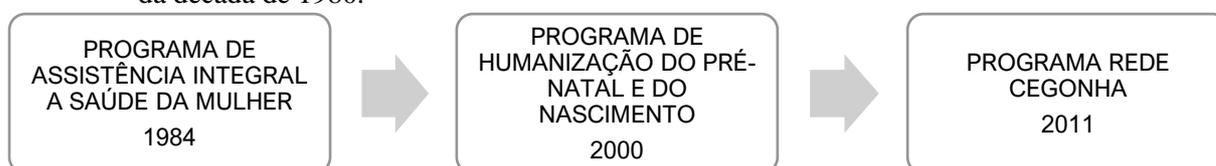
Os autores citam que as condições necessárias para se ter saúde são determinadas socialmente e, em uma sociedade de classes, elas são distribuídas de forma desigual, com respaldo institucional, jurídico e político (OLIVEIRA; RIZZATO; MAGALDI, 1983). Sendo assim, “condições de saúde e estrutura social são partes, portanto, de uma mesma totalidade, que se transforma historicamente” (OLIVEIRA; RIZZATO; MAGALDI, 1983, p. 210). Isso significa falar de determinantes e condicionantes em saúde (BRASIL, 1990).

Destarte, para o pleno exercício da saúde é preciso garantir o trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento do controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; a alimentação para todos, segundo as suas necessidades; a moradia higiênica e digna; a educação e as informações plenas; a qualidade adequada do meio ambiente; o transporte seguro e acessível; o repouso, o lazer e a segurança; a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; o direito à liberdade, à livre organização e expressão; e o acesso universal aos serviços setoriais em todos os níveis (BRASIL, 1986).

No âmbito do SUS, a atenção à saúde materno-infantil é responsável pelo cuidado à maternidade e à infância. De forma geral, visa diminuir as taxas de morbimortalidade materna e infantil, assim como promover a qualidade de vida e diminuir as desigualdades em saúde (BRASIL, 2011b). Segundo o MS, “a gestação e o nascimento devem ser priorizados na atenção à saúde da população” (BRASIL, 2011b, p.11).

A inserção da mulher como força de trabalho assalariado foi uma das mudanças resultantes da Revolução Industrial, que gerou consequências sanitárias e levou a mulher à luta e à conquista de direitos, particularmente dos que se referem à sua saúde e a de sua família (OLIVEIRA; RIZZATO; MAGALDI, 1983). Nesse sentido, no Brasil, “os movimentos sociais [...], principalmente o movimento feminista, contribuíram para a construção de novas políticas públicas a partir da década de 1980” (CASSIANO *et al*, 2014, p. 229). A figura 1 ilustra a evolução dos programas de atenção à saúde materno-infantil no Brasil, a partir da década de 1980.

**Figura 1** - Apresenta a evolução dos programas de atenção à saúde materno- infantil no Brasil, a partir da década de 1980.



**Fonte:** Elaborado pela autora, com base em Cassiano *et al* (2014).

A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, é considerado um dos maiores avanços nesta área, pois colocou em destaque a integralidade da atenção à saúde da mulher em todos os ciclos da vida, e não apenas no período da gravidez, abrangendo prevenção e tratamento de agravos a saúde. Pela primeira vez o governo deixou de pensar no tratamento individual e de estimular a esterilização das mulheres e a cesariana. Incluiu questões relacionadas à família, como o planejamento familiar, ações educativas de prevenção da gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis. (CASSIANO *et al*, 2014).

Em 2000 foi lançado o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento, que tinha por objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e RNs, por meio da promoção do acesso, do incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, e da sua organização no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).

Em 2011 foi instituída a RC no âmbito do SUS. Sua definição, objetivos, princípios, diretrizes e componentes estão explicitados no Quadro 3 (BRASIL, 2011c).

Ao longo desses anos o Brasil vem firmando compromissos para a melhoria da atenção à saúde materno-infantil, com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011b). Em 2004 foi consolidado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e,

em 2009, a redução da mortalidade neonatal foi assumida como umas das metas para a diminuição das desigualdades regionais no país (BRASIL, 2011b).

A título de contextualização, destaca-se que, de acordo com os Sistemas de Informações de Nascidos Vivos e Mortalidade, em Porto Alegre, no ano de 2017, foram registrados 18465 nascimentos e 391 óbitos infantis (faixa etária: fetal a 05 e 09 anos de idade) (CGVS, 2018). Cabe salientar os seguintes números desses óbitos: 176 foram fetais; 113 neonatais; 53 pós-natais; 33 entre 01 e 04 anos; e 16 entre 05 e 09 anos (CGVS, 2018). Observa-se que, quanto menor a faixa etária infantil, maior é o número de óbitos, sendo expressivo o número de óbitos fetais e neonatais.

Conforme o MS, a “[...] a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país” (BRASIL, 2011b, p. 7).

[...] O componente neonatal da mortalidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implica, portanto, o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade. (BRASIL, 2011b, p. 7).

O período neonatal é um momento de grande vulnerabilidade na vida, quando se concentram riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo a necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde (BRASIL, 2011b).

Em relação à proteção da criança, como importante base legal, tem-se em âmbito nacional, a CF/88; a *Lei nº 8069/1990*, que cria o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA) (BRASIL, 1990c); e mais recentemente a *Lei nº 13257/2016*, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância (BRASIL, 2016b).

O ECA garante que “a criança e o adolescente têm direito à proteção da vida e da saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990c, Art. 7º). Nessa perspectiva, a *Lei nº 13257/2016* traz importantes contribuições para a garantia da saúde da criança, a partir da concepção, do nascimento e de seu desenvolvimento. Essa lei reforça, dentre outros aspectos, a garantia do direito da criança à convivência familiar e comunitária; estabelece diretrizes para o atendimento integral no âmbito das políticas públicas e atribui à equipe de saúde o dever de garantir ao RN alta hospitalar responsável, articulada à rede de serviços intersetoriais (BRASIL, 2016b).

Nessa lógica, as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante, à puérpera e ao RN são importantíssimas, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta, e devem priorizar o acolhimento, a avaliação de risco e a vigilância à saúde (BRASIL, 2011b).

**Quadro 3** - Definição, objetivos, princípios, diretrizes e componentes da Rede Cegonha.

<b>REDE CEGONHA</b>	
<b>DEFINIÇÃO</b> (art. 1º)	Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.
<b>OBJETIVOS</b> (art. 3º)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;</li> <li>– organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e</li> <li>– <u>reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.</u></li> </ul>
<b>PRINCÍPIOS</b> (art. 2º)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;</li> <li>– o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;</li> <li>– a promoção da equidade;</li> <li>– o enfoque de gênero;</li> <li>– a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;</li> <li>– a participação e a mobilização social; e</li> <li>– a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.</li> </ul>
<b>DIRETRIZES</b> (art. 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;</li> <li>– garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;</li> <li>– garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;</li> <li>– garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e</li> <li>– <u>garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.</u></li> </ul>
<b>COMPONENTES</b> (art. 5º)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pré-Natal</li> <li>– Parto e Nascimento</li> <li>– Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança</li> <li>– Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2011c).

A atenção ao RN de risco – àquele exposto a situações em que há maior risco de evolução desfavorável, as quais podem estar presentes no nascimento ou acontecer ao longo da vida da criança – deve ser especial e prioritária (BRASIL, 2011b). Torna-se fundamental a definição do fluxo para assistência dessa população, para orientar a prestação de serviços na rede de saúde (BRASIL, 2011b). Para haver uma atenção integral, que garanta a continuidade da assistência, que otimize recursos e promova a atenção resolutiva com potencial de redução da mortalidade por causas evitáveis e sequelas que podem comprometer a vida das crianças e suas famílias, deve existir a interlocução entre os serviços de saúde em todos os níveis de

complexidade, acordos para o funcionamento dos serviços e definição de atribuições e responsabilidades dos profissionais (BRASIL, 2011b).

De acordo com o MS, os princípios assistenciais da linha de cuidado perinatal, que diz respeito ao período que inicia na 22ª semana de gestação e que termina com sete dias completos após o nascimento (BRASIL, 2011b), são:

- **Qualidade, integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado, com responsabilização** até a resolução completa dos problemas.
- **Promoção de vínculo entre o profissional e o usuário do sistema de saúde**, estreitando as relações de confiança e de corresponsabilidade, incentivando o autocuidado e o reconhecimento de risco.
- **Prática de ações de promoção integral da saúde e prevenção de agravos**, para além do atendimento apenas às demandas colocadas; **integração da rede de saúde e outros setores** de assistência e desenvolvimento social para incremento das condições de vida da família.
- **Acolhimento**. Todo RN e gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto devem ter prioridade no atendimento. Devem ser acolhidos, avaliados e assistidos em qualquer ponto de atenção na rede de saúde onde procuram assistência, seja a unidade básica de saúde, o serviço de urgência, a maternidade ou o hospital, de modo a não haver perda de oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso. Deve ser avaliada a necessidade de realização de algum tratamento, internação e/ou transferência responsável para serviço de maior complexidade, quando necessário. Acolher o RN e a gestante e responder de forma qualificada é um compromisso de todo profissional e serviço de saúde para a prevenção da morbidade e de mortes infantis evitáveis.
- **Abordagem de risco** garante que a atenção adequada - imediata e continuada - seja destinada a cada criança e mulher, sem perda de oportunidade de ação da saúde.
- **Vigilância à saúde**, compreendida como a postura ativa que o serviço deve assumir em situações de maior risco, dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas como a busca ativa, para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde. (BRASIL, 2011b, p. 22-23, grifos do autor).

A vigilância à saúde do RN começa com a atenção à saúde da mulher e da gestante. O acompanhamento de pré-natal, iniciado no momento adequado, com assistência qualificada, humanizada e integrada com os diferentes níveis de atenção à saúde, constitui uma rede de atendimento às necessidades da gestante e do RN (BRASIL, 2011b). Conforme o MS, as ações de vigilância a saúde do RN são:

- **Captação precoce e busca ativa** para início do acompanhamento pré-natal.
- **Acolhimento imediato** para o acompanhamento pré-natal, conforme protocolo e atenção humanizada.
- **Identificação da gestação de alto risco** e referenciamento para atenção especializada (Central de Regulação), mantendo-se o acompanhamento pela atenção básica.
- **Visita domiciliar** / busca ativa da gestante que não comparece às consultas pré-natais.
- **Visita domiciliar** no último mês de gestação.
- **Continuidade da assistência até o final da gravidez e o parto**, abolindo a “alta do acompanhamento pré-natal”.
- **Vinculação da gestante** à maternidade desde o acompanhamento pré-natal (Lei nº 11.634, 27/12/2007) é dever do serviço de saúde e direito das usuárias.

- **Acolhimento imediato** na maternidade, para evitar peregrinação em busca de vaga hospitalar durante o trabalho de parto e/ou urgências, com atraso da assistência.
- **Garantia de transporte** pré e inter-hospitalar quando necessário.
- **Garantia de acesso** a leitos de alto risco/cuidado intensivo para a mãe e o bebê pela Central de Regulação/Central de Leitos.
- **Atenção qualificada ao parto** [...]. Deve-se considerar não apenas a estrutura hospitalar (equipamentos e recursos humanos), mas também o processo assistencial: acompanhamento adequado do trabalho de parto, utilização do **partograma**, promoção do trabalho de parto fisiológico evitando-se intervenções desnecessárias que interferem na sua evolução (como ocitocina endovenosa de rotina, restrição ao leito, jejum, entre outras) e assistência adequada na sala de parto.
- **Direito a acompanhante da gestante e puérpera durante o trabalho de parto e parto [...]** e **para o bebê**, com garantia de Alojamento Conjunto, inclusive se for necessária a internação do bebê.
- **Promoção do contato mãe-bebê imediato** após o parto para o bebê saudável, evitando-se intervenções desnecessárias de rotina e que interferem nessa interação nas primeiras horas de vida; estimular o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida.
- **Captção após a alta hospitalar - após o nascimento ou internação**, com agendamento de atendimento na Atenção Básica. Na maternidade o RN deve receber a Caderneta de Saúde da Criança com registros sobre a história da gravidez e nascimento.
- **Identificação do RN de risco**, notificação da alta, agendamento de consulta na atenção básica, programação de visita domiciliar e agendamento para o ambulatório de seguimento do RN de alto risco, conforme protocolo local / Ministério da Saúde.
- **Continuidade do cuidado/captção do RN pela atenção básica de saúde** que deve ser realizada após atendimento do RN em serviços de urgência ou após alta hospitalar, por meio de agendamento por telefone, pelo envio de cópia/listagem da DNV, por meio de visita domiciliar e outros, para não haver descontinuidade da assistência.
- **Visita domiciliar na primeira semana após o parto**, com avaliação global e de risco da criança, apoio ao aleitamento materno e encaminhamento para a “Primeira Semana Saúde Integral” na atenção básica de saúde.
- **“Primeira Semana Saúde Integral”** - abordagem global da criança e da mãe na atenção básica.
- **Primeira consulta na primeira semana** de vida e marcação de retornos, conforme a necessidade.
- **Manutenção do calendário de acompanhamento** na atenção básica e visitas domiciliares, conforme protocolo (local ou do MS) e de acordo com a necessidade da criança.
- **O RN de alto risco deverá manter o calendário de acompanhamento na Atenção Básica**, além do acompanhamento pelo ambulatório de atenção especializada.
- **O RN de alto risco deve ser acompanhado até pelo menos o segundo ano completo de vida** (mínimo de duas avaliações por ano); o acompanhamento até o 5o ano é desejável, para melhor avaliação da função cognitiva e da linguagem. (BRASIL, 2011b, p. 23-25, grifos do autor).

No que diz respeito ao atendimento hospitalar, deve ser feito o contato pele a pele logo após o parto e a mulher e o RN devem permanecer juntos, sempre que suas condições de saúde permitirem (BRASIL, 2011b). Na primeira hora após o parto, o estado de consciência da mãe e do bebê favorece a interação entre eles, sendo assim o profissional de saúde deve proporcionar ao máximo o contato íntimo entre eles e evitar procedimentos desnecessários. (BRASIL, 2011b). Quando finalizados os procedimentos de sala de parto, a mulher e o RN – devem ir

para um local na maternidade que lhes permita ficarem juntos 24 horas por dia até a alta hospitalar. Para isso foi criado o Alojamento Conjunto (AC) nas maternidades (BRASIL, 2011b).

Nessa perspectiva, o ECA destaca que “os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe” (BRASIL, 1990c, Art. 10º, Inciso V). O Quadro 4 apresenta o conceito, a finalidade, as vantagens e os destinatários do AC.

**Quadro 4:** Conceito, finalidade, vantagens e destinatários do AC.

<b>ALOJAMENTO CONJUNTO</b>	
<b>CONCEITO</b> (Art. 2º)	O Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta.
<b>FINALIDADE</b> (Art. 2, Parágrafo Único).	O Alojamento Conjunto possibilita a atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, por parte do serviço de saúde.
<b>VANTAGENS</b> (Art. 3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– favorece e fortalece o estabelecimento do vínculo afetivo entre pai, mãe e filho;</li> <li>– propicia a interação de outros membros da família com o recém-nascido;</li> <li>– favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com o apoio, promoção e proteção, de acordo com as necessidades da mulher e do recém-nascido, respeitando as características individuais;</li> <li>– propicia aos pais e acompanhantes a observação e cuidados constantes ao recém-nascido, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade;</li> <li>– fortalece o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, a partir de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional;</li> <li>– diminui o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde; e</li> <li>– propicia o contato dos pais e familiares com a equipe multiprofissional por ocasião da avaliação da mulher e do recém-nascido, e durante a realização de outros cuidados.</li> </ul>
<b>DESTINATÁRIOS</b> (Art. 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê;</li> <li>– recém-nascidos clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas;</li> <li>– recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e</li> <li>– recém-nascidos em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTI ou UCI neonatal.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2016c).

O MS indica que a alta hospitalar da mulher e do RN deverá ser efetivada através de projeto terapêutico singular, considerando o tempo mínimo de internação (24 horas) e as necessidades individuais (BRASIL, 2016c). Para isso, recomenda a observação dos seguintes critérios:

I - puérpera: (i) em bom estado geral [...]; (ii) sem intercorrências mamárias [...]; (iii) com recuperação adequada, comorbidades compensadas ou com encaminhamento assegurado para seguimento ambulatorial de acordo com as necessidades; (iv) bem orientada para continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar e referenciada para Unidade Básica de Saúde (retorno assegurado até o 7º dia após o parto); (v) estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê; (vi) com encaminhamento para unidade de referência para acesso a ações de saúde sexual e reprodutiva e escolha de método anticoncepcional, caso a mulher não receba alta já em uso de algum método contraceptivo, ou para seguimento pela atenção básica da prescrição ou inserção de método pela equipe da maternidade;

II - recém-nascido: (i) a termo e com peso adequado para a idade gestacional, sem comorbidades e com exame físico normal. (ii) com ausência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida; (iii) com avaliação de icterícia [...]; (iv) apresentando diurese e eliminação de mecônio espontâneo e controle térmico adequado; (v) com sucção ao seio com pega e posicionamento adequados [...], salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno; (vi) em uso de substituto do leite humano/formula láctea para situações em que a amamentação é contraindicada de acordo com atualização OMS/2009 "Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite".

III - revisão das sorologias da mulher realizadas durante a gestação ou no momento da internação para o parto, assim como investigação de infecções congênitas no recém-nascido, conforme necessidade [...];

IV - realização de tipagem sanguínea [...];

V - oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) e Triagem Ocular (Teste do Reflexo Vermelho ou teste do olhinho) realizados; Triagem Auditiva (teste da orelhinha) assegurada no primeiro mês de vida e Triagem Biológica (teste do pezinho) assegurada preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida;

VI - avaliação e vigilância adequadas dos recém-nascidos para sepse neonatal [...];

VII - a mãe, o pai e outros cuidadores devem ter conhecimento e habilidade para dispensar cuidados adequados ao recém-nascido, e reconhecer situações de risco [...] nos primeiros sete dias de vida;

VIII - avaliação do serviço social para os fatores de risco psíquicos, sociais e ambientais, como o uso de drogas ilícitas, alcoolismo, tabagismo, antecedentes de negligência, violência doméstica, doença mental, doenças transmissíveis e situações de vulnerabilidade social;

IX - agenda com a Atenção Básica, o retorno da mulher e do recém-nascido entre o terceiro e o quinto dia de vida (5º Dia de Saúde Integral); e

X - preenchimento de todos os dados na Caderneta da Gestante e na Caderneta de Saúde da Criança. (BRASI, 2016c, Art. 9).

O AC contará com os seguintes recursos humanos mínimos: Enfermagem - profissional de nível superior para função de coordenação, profissional de nível superior para assistência e profissional de nível técnico; Pediatria - profissional médico para função de responsabilidade técnica, profissional médico para assistência e profissional médico plantonista; Obstetrícia - profissional médico para função de responsabilidade técnica, profissional médico para assistência e profissional médico plantonista (BRASIL, 2016c). Além disso, profissionais de ortopedia, neurologia, oftalmologia, cirurgia geral e infantil, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e assistente social poderão ser necessários na assistência à mulher e ao RN no AC, conforme necessidades específicas. (BRASIL, 2016c).

De acordo com o MS, a equipe multiprofissional de saúde deve estar atenta ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o RN, aos riscos e às vulnerabilidades particulares,

bem como observar e escutar de forma qualificada, esclarecendo dúvidas e apoiando a mulher nesse momento (BRASIL, 2016c). Nessa lógica, cabe à equipe multiprofissional de saúde:

- I - avaliar as puérperas diariamente [...];
- II - promover e proteger o aleitamento materno sob livre demanda, apoiando a puérpera [...] e respeitando suas características individuais;
- III - garantir à mulher o direito a acompanhante, de sua livre escolha, durante toda a internação e a receber visitas diárias, inclusive de filhos menores;
- IV - estimular e facilitar a presença do pai sem restrição de horário, inclusive de genitor sócio afetivo;
- V - oferecer à mulher orientações relativas à importância de não ofertar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, exceto em situações especiais com prescrição médica ou de nutricionista [...];
- VI - oferecer à mulher orientações relativas à importância de não usar protetores de mamilo e não oferecer bicos artificiais ou chupetas ao recém-nascido;
- VII - oferecer à mulher orientações sobre os riscos da amamentação cruzada, amamentar outro recém-nascido que não seja o próprio filho, e da proibição desta prática no Alojamento Conjunto;
- VIII - apoiar, incentivar e orientar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido, bem como de outros familiares, de acordo com o desejo dos pais da criança;
- IX - orientar e estimular o contato pele a pele, posição canguru, pelo tempo que a mãe e o pai considerarem oportuno e prazeroso [...];
- X - realizar o exame clínico do recém-nascido em seu próprio berço ou no leito materno, preferencialmente na presença da mãe e do pai;
- XI - realizar o banho do recém-nascido na cuba de seu próprio berço ou banheira e assegurar a limpeza e a desinfecção entre o uso [...]. Durante o banho, orientar os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando a participação materna e paterna ou de outro acompanhante;
- XII - avaliar o peso do recém-nascido de acordo com necessidades individuais;
- XIII - adotar técnicas não farmacológicas de prevenção/redução da dor para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos [...];
- XIV - identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade e na rede de saúde local para atendimento continuado das mulheres e das crianças, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde na primeira semana após o parto;
- XV - realizar atividades de educação em saúde, preferencialmente em grupo, com o objetivo de:
  - a) ampliar o autocuidado das mulheres e de cuidados com os recém-nascidos;
  - b) desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, entre outros; e
  - c) oferecer orientações quanto aos cuidados de saúde, nutrição, higiene, saúde sexual e reprodutiva, destacando o direito a uma vida sexual livre, prazerosa e segura e o direito à escolha sobre a reprodução se, quando e quantas vezes engravidar, com esclarecimento sobre métodos contraceptivos disponíveis e importância do uso do preservativo masculino ou feminino.
- XVI - ofertar a inserção de método contraceptivo de longa duração e alta eficácia antes da alta, caso seja escolha da mulher. (BRASIL, 2016c, Art. 6).

À equipe multiprofissional compete acolher e prestar assistência às mulheres e RNs, praticando o aconselhamento, monitorando possíveis intercorrências e intervindo sempre que necessário (BRASIL, 2011b). Alguns RNs apresentam características associadas a um maior risco de adoecer e morrer, dessa forma cabe aos profissionais de saúde identificá-las já na maternidade e recomendar o seu acompanhamento prioritário na atenção básica, inclusive com

busca ativa (BRASIL, 2011b). Além disso, existem “algumas práticas que devem fazer parte do cotidiano do profissional de saúde que atua em AC, que são fundamentais para uma atenção qualificada e humanizada da dupla mãe-bebê e sua família” (BRASIL, 2011b, p. 87), as quais são chamadas de *Boas Práticas* e estão expostas no Quadro 5.

**Quadro 5** - As Boas Práticas dos profissionais de saúde na atenção ao RN.

<b>BOAS PRÁTICAS</b>	
<b>Acolhimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prover atendimento humanizado e seguro às mulheres, RN, acompanhantes, familiares e visitantes, e ser capaz de acolhê-los.</li> <li>– Acolher implica em recepcionar o usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, e dando-lhe respostas adequadas.</li> <li>• Reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo do processo, valorizando as suas experiências, saberes e visão de mundo.</li> </ul>
<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ter competência para se comunicar com eficiência, o que se consegue mais facilmente usando a -técnica do aconselhamento.</li> <li>– Aconselhar não significa dizer o que o outro deve fazer; significa, por meio de diálogo, ajudá-lo, de forma empática, a tomar decisões, após ouvi-lo, entendê-lo e discutir os prós e contras das opções.</li> <li>– O alojamento conjunto é um local onde a prática do aconselhamento é fundamental.</li> <li>– Algumas técnicas são úteis para que as mulheres sintam o interesse do profissional por elas e por seu filho, adquiram confiança no profissional e sintam-se apoiadas e acolhidas, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticar a comunicação não verbal (por meio de gestos e expressões faciais). Por exemplo, sorrir, como sinal de acolhimento; balançar a cabeça afirmativamente, como sinal de interesse; tocar na mulher ou no bebê, quando apropriado, como sinal de empatia.</li> <li>• Remover barreiras físicas como mesa e papéis, promovendo maior aproximação entre o profissional de saúde, as pessoas a quem ele assiste e seus acompanhantes.</li> <li>• Usar linguagem simples, acessível a quem está ouvindo.</li> <li>• Dar espaço para a mulher se expressar. Para isso, é necessário ouvir, prestando atenção no que ela está dizendo e em seu significado. Algumas mulheres têm dificuldades de se expressar. Nesse caso, algumas técnicas são úteis, como por exemplo fazer perguntas abertas. O nascimento de um filho gera reações e sentimentos diversos, muitas vezes ambivalentes. Mesmo que a mulher seja múltipara, cada experiência de um novo filho é única, assim como é única cada dupla mãe-bebê.</li> <li>• Demonstrar empatia, ou seja, mostrar à mulher que seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção do profissional. Por exemplo, quando a mulher relata que está muito cansada, o profissional pode comentar que entende por que ela está se sentindo assim.</li> <li>• Evitar palavras que soam como julgamentos, como “certo”, “errado”, “bem”, “mal” etc. Por exemplo, em vez de perguntar à mãe se ela está amamentando bem, seria mais apropriado perguntar como ela está alimentando o seu filho.</li> <li>• Aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões das mães, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar do que ela pensa. Por exemplo, se uma mãe afirma que não tem leite, o profissional pode responder dizendo que entende sua preocupação. E pode complementar esclarecendo sobre o tempo necessário para a “descida do leite”.</li> <li>• Reconhecer e elogiar as situações em que a mãe e o bebê estão indo bem, por exemplo, quando a mãe atende prontamente o bebê. Esta atitude aumenta a confiança da mãe, encoraja-a a manter práticas saudáveis e facilita sua aceitação a sugestões.</li> <li>• Oferecer poucas informações em cada aconselhamento, as mais importantes para cada momento.</li> <li>• Fazer sugestões em vez de dar ordens.</li> <li>• Oferecer ajuda prática como, por exemplo, ajudar a mãe a encontrar uma posição confortável para amamentar.</li> <li>• Conversar com as mães sobre suas condições de saúde e as do bebê, explicando-lhes todos os procedimentos e condutas.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Orientações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientar à mãe e familiares sobre vários aspectos relacionados ao cuidado do RN.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Brasil (2011b, p. 86-97).

A atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, fundamental para a saúde da mulher e do RN, deve ser baseada no respeito, na dignidade e na autonomia, pois a boa vivência desse período pode marcar a vida dos usuários envolvidos (BRASIL, 2013). Entretanto,

para a sua humanização e qualificação faz-se necessário construir um novo olhar sobre o modelo de atenção, que compreenda a pessoa em sua totalidade, considerando seu ambiente social, econômico, cultural e físico, estabelecendo novas bases para o relacionamento interpessoal na construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos. (FREITAS JR., 2014, p. 12).

O uso de drogas lícitas e ilícitas é considerado um fator de risco para a saúde da mulher e do RN. Conforme o MS (BRASIL, 2011b) o uso de drogas ilícitas é uma das condições perinatais associadas ao maior risco de reanimação. Segundo a UNICEF (2011) o consumo de drogas lícitas ou ilícitas, a violência doméstica, a idade ou o estado nutricional da gestante são exemplos de fatores individuais e socioeconômicos que podem contribuir para a gravidez de risco, representando risco maior para a saúde da mãe e do bebê. E para Freitas Jr. (2014) esta dependência é considerada um risco reprodutivo e o uso de drogas ilícitas é um fator de risco ao RN. Um estudo realizado no ano de 1999 no HCPA identificou 34 RNs expostos à cocaína durante a gestação (CUNHA *et al*, 2001). Cabe destacar que,

o desenvolvimento do sistema nervoso central inicia no 28º dia após a concepção e continua durante a gestação e toda a infância, conferindo-lhe uma vulnerabilidade biológica continuada a insultos tóxicos. A cocaína pode afetar a formação e o remodelamento do cérebro através do efeito nos neurotransmissores. (CUNHA *et al*, 2001, p. 369).

Nessa lógica, Cunha *et al* (1999) indicam que, apesar dos efeitos da exposição pré-natal à cocaína não serem sempre catastróficos, eles existem e são graves.

Esses autores também sinalizam que o manejo ideal do problema da exposição pré-natal a drogas de abuso é a prevenção (CUNHA *et al*, 2001). Nesse sentido, Zavaschi *et al* (2014) sugerem que os cuidados de saúde prestados às mulheres usuárias de *crack*/cocaína, grávidas, representam uma oportunidade para o trabalho preventivo, que reduz custos e promove melhores condições para os filhos.

Nessa lógica, o ECA assegurava a toda criança e adolescente “[...] a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes” (BRASIL, 1990c, Art. 19, revogado). Porém, com as alterações da Lei 13257/2016, ele passa a considerar que é direito da criança e do adolescente “[...] a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral” (BRASIL, 1990c, Art. 19). Tal artigo foi revogado, possivelmente pelo avanço da discussão referente ao

uso de drogas, no que diz respeito à compreensão ampliada sobre o tema, buscando desconstruir visões moralistas e individualistas, que associam à pessoa usuária de drogas a incapacidade de exercer o cuidado.

A questão do uso, abuso e dependência de psicoativos vem sendo discutida na sociedade nas últimas décadas, tendo em vista que se trata de um problema de saúde pública. O uso, o abuso e a dependência de psicoativos afetam “[...] pessoas em diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias” (BRASIL, 2003, p. 8). Dessa forma, é compromisso do SUS fortalecer seu caráter de rede, garantir o acesso aos serviços e a participação do cidadão ao tratamento e “isto se dá por meio do estabelecimento de vínculos, da construção da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações [...]” (BRASIL, 2003, p. 11).

O MS refere que “o uso, abuso e dependência química são problemas complexos, multifatoriais, que exigem abordagem interdisciplinar, envolvendo múltiplas áreas governamentais (Saúde, Assistência Social, Trabalho, Justiça)” (BRASIL, 2018). Sendo assim, em 2006 foi criado o *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas* (Sisnad), com objetivo de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido, à atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2006). O Sisnad compõe-se pela *Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas* (Senad) e pelo *Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas* (Conad). Além disso, destaca-se a existência do *Fundo Nacional Antidrogas* (Funad), que se constitui de verba orçamentária da União, de doações e de recursos de qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas (BRASIL, 2019d), o qual é gerido pela Senad.

Na área da saúde, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do MS, ocupa-se da coordenação, formulação e avaliação da rede de atenção psicossocial e da formulação e implementação da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Além disso, o DAPES também coordena o processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde nos segmentos da Saúde da Mulher, RC no âmbito do SUS, Saúde do Adolescente e do Jovem e Saúde da Criança, incluindo Aleitamento Materno e Bancos de Leite Materno, dentre outros. (BRASIL, 2016d).

No âmbito da saúde mental e no campo da atenção às pessoas com prejuízos causados pelo uso de álcool e outras drogas, destacam-se algumas legislações que norteiam a efetivação da política de saúde mental no Brasil, a saber: a *Lei nº 10216/2001*, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001); a *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e o Outras Drogas* em 2002 (BRASIL, 2002); a *Portaria nº 1.028/2005*, que regula as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência (BRASIL, 2005a); o Decreto nº 7179/2010, que implementa o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (BRASIL, 2010b); a *Portaria nº 3088/2011*, que institui a RAPS (BRASIL, 2011e); o *Decreto nº 3588/2017*, que altera a RAPS (BRASIL, 2017b); e o *Decreto nº 9761/2019*, que aprova a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019c).

É possível afirmar que a atenção à saúde mental expressa o contexto social e político da sociedade. Assim como avançou em consonância com o Movimento de Reforma Psiquiátrica<sup>19</sup>, no momento de constituição do Estado Democrático e de Direito no Brasil, também sofreu influências do modelo assistencial em saúde chamado de Modelo Biomédico<sup>20</sup>, que, sob a égide do neoliberalismo, tem cada vez mais ocupando espaço na política social de saúde no país. Nesse sentido, recentemente o governo brasileiro defendeu algumas mudanças na área da saúde mental, dentre elas, definiu que as ações de prevenção, promoção à saúde e tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas; que as estratégias de tratamento não devem se

---

<sup>19</sup> Embora contemporâneo ao Movimento de Reforma Sanitária ocorrido no Brasil na década de 1970, o Movimento de Reforma Psiquiátrica possui “[...] uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar” (BRASIL, 2005b, p. 6). Funda-se na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005b). Trata-se de “[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005b, p. 6).

<sup>20</sup> O designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos na área da saúde. É hegemônico nos serviços de saúde e caracteriza-se pela organização das práticas de saúde com foco nas queixas dos indivíduos que procuram os serviços na identificação de sinais e sintomas e no tratamento das doenças; a promoção da saúde não é prioridade; prioriza a assistência individual, com ênfase na especialização e no uso de tecnologias do tipo material; organiza a assistência a partir da demanda espontânea; o trabalho é desenvolvido de forma fragmentada, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais; apresenta dificuldade na implantação da integralidade, tanto no entendimento da multidimensionalidade do ser humano, quanto na integração entre níveis de atenção; falta de comunicação e integração entre os serviços que compõem as redes; formação profissional e produção de conhecimento fundamentado no modelo flexneriano de 1910; profissionais de saúde formados por currículos que pouco valorizam o SUS e o modelo da Saúde da Família; o planejamento em saúde é pouco utilizado como ferramenta de gestão e temas como vínculo e acolhimento não são priorizados. (FERTONANI *et al*, 2015, p. 1874).

basear apenas em redução de danos, mas também em ações de promoção de abstinência, suporte social e promoção da saúde. Além disso, mantém posição contrária à legalização das drogas; manifesta o apoio aos pacientes e familiares em articulação com grupos, associações e entidades da sociedade civil, incluindo as comunidades terapêuticas, dentre outras. (BRASIL, 2018).

Percebe-se que, na sociedade, persiste uma representação social muito negativa das pessoas que usam drogas, a qual se intensifica quando essa pessoa é mulher, está grávida ou tem filhos. A ideia existente é de que, se a mulher faz uso de drogas, conseqüentemente ela é incapaz de cuidar de uma criança.

Frente a isso, em 2016 foi publicada a Nota Técnica Conjunta entre os MS e MDS, nº 01/2016, a qual trata *das 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 RNs* (BRASIL, 2016a). Esse documento problematiza as condutas dos profissionais de saúde e propõe diretrizes de atuação, com a intenção de garantir os direitos da mulher e da criança, assim como os direitos humanos (BRASIL, 2016a). Defende que às mulheres usuárias de psicoativos e aos seus RNs devem ser garantidos o direito à convivência familiar e o acesso de qualidade às políticas públicas (BRASIL, 2016a). Também considera que o atendimento das demandas, de saúde à exclusão social, resultado das complexas necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou *crack*/outras drogas, requer uma abordagem interdisciplinar e multissetorial (BRASIL, 2016a).

A necessidade deste documento surge frente a algumas recomendações de órgãos do Sistema de Justiça para a comunicação imediata ao Poder Judiciário, por profissionais da saúde e da assistência social, acerca de duas situações: o nascimento de crianças filhas de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de *crack*/outras drogas; a situação de vida de gestantes nas mesmas condições e que se recusam a realizar o pré-natal. Tais recomendações – oriundas de órgãos como o Ministério Público - estão, por vezes, ocasionando decisões precipitadas quanto ao afastamento das crianças recém-nascidas de suas mães sem uma avaliação técnica de cada caso. Observa-se que mesmo em alguns estados e municípios em que não houve recomendação expressa do Poder Judiciário nesse sentido, tem ocorrido tal prática. (BRASIL, 2016a, p. 2).

O MS e o MDS (2016a, p. 2) partem do seguinte pressuposto:

as decisões imediatistas de afastamentos das crianças de suas mães, sem o devido apoio e acompanhamento antes, durante e após o nascimento, bem como uma avaliação minuciosa de cada situação, violam direitos básicos, tais como a autonomia das mulheres e a convivência familiar.

Tendo em vista os direitos da criança, o MS e o MDS sinalizam que a carência de recursos materiais não constitui motivo para a separação familiar, reforçam a excepcionalidade do acolhimento institucional e afirmam que o Estado deve garantir os cuidados adequados às

escolhas das pessoas envolvidas, dentre elas a manutenção do convívio entre mãe e filho, sempre que isso represente o melhor interesse da criança (BRASIL, 2016a).

Sabe-se que mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou com uso abusivo de álcool e/ou *crack*/outras drogas encontram diversas barreiras para acessar ações e serviços públicos, decorrentes de várias ausências: de informação, de documentação, de endereço convencional, etc. (BRASIL, 2016a). Sendo assim, no acompanhamento/atendimento a eles, deve-se assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, tais como: a) “o direito de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida” (BRASIL, 2016a, p. 5) e; b) “o direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física” (BRASIL, 2016a, p. 6).

Este documento também apresenta um fluxo de atenção à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou *crack*/outras drogas e dos seus filhos RN, o qual está exposto no Apêndice 1.

Deste modo, entende-se que os profissionais de saúde que atuam na Maternidade precisam ser capazes de identificar as necessidades particulares das mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack* (e outras drogas) e de seus filhos RNs. Além disso, têm o compromisso de tensionar junto aos demais setores do Estado o atendimento das necessidades dessa população.

A Maternidade (emergência obstétrica), porta de entrada<sup>21</sup> do SUS, precisa estar preparada para o atendimento humanizado dessas mulheres. Contudo, sabe-se que ela é apenas um dos pontos de atenção à saúde materno-infantil e isoladamente não é suficiente para prover o cuidado integral a essas mulheres e seus filhos RNs (BRASIL, 2011b). É necessário o trabalho multiprofissional e intersetorial dos profissionais de saúde, assim como o compromisso do Estado com o atendimento às necessidades particulares dessa população.

Entende-se que a atenção à saúde materno-infantil, dentro da política social de saúde, é um meio específico de atendimento/resposta às necessidades de saúde, particulares (relacionadas à maternidade e à infância) de uma determinada população (mulheres e crianças). Dessa forma, precisa estar articulada com as demais áreas da saúde e políticas públicas sociais,

---

<sup>21</sup> Portas de entradas são os “serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS” (Art. 2º, Inciso III), que podem ser de “atenção primária” (Art. 9º, Inciso I), “de atenção de urgência e emergência” (Art. 9º, Inciso II), “de atenção psicossocial” (Art. 9º, Inciso III) “especiais de acesso aberto” (Art. 9º, Inciso IV), que constituem a Rede de Atenção à Saúde que é “o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Art. 2º, Inciso VI). (BRASIL, 2011a).

para que, em conjunto, possam atender/responder às necessidades básicas dessa população e, assim, efetivar direitos sociais.

### 3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa evidenciam os seguintes aspectos: as condições de acesso das mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack*, à Maternidade; as características do atendimento realizado com essas mulheres e seus filhos RNs nesse serviço de saúde; o acesso aos direitos sociais, o atendimento das necessidades intermediárias e a satisfação das necessidades humanas básicas.

Dos 15 Prontuários *On-line* de mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack*, apenas quatro informam os meios de transportes utilizados por elas para acessar a Maternidade do HU; os demais não apresentam nenhuma informação a respeito. Dessas quatro mulheres, três foram trazidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (M1, M5 e M11) e uma veio de táxi (M8). Salienta-se que a M5 e a M11 foram encaminhadas por Pronto Atendimento (PA), a M1 foi socorrida na rua após sofrer violência física e a M8 chegou trazida por um taxista que a socorreu na rua.

Dos 15 Prontuários *On-line*, nove informam a presença ou não de acompanhante na chegada à Maternidade do HU, os outros seis não citam essa informação. Conforme o prontuário *On-line* dessas nove mulheres, seis estavam acompanhadas por familiar (M3, M6, M9, M10, M12 e M12) e três estavam desacompanhadas (M7, M8 e M14).

Constata-se que somente três mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack*, atendidas na Maternidade do HU, realizaram o acompanhamento de pré-natal (M7, M9 e M10). Sete não realizaram (M1, M2, M6, M8, M11, M13, M14 e M15) e cinco o realizaram de forma incompleta, com menos de sete consultas (M3, M4, M5, M11 e M12). As mulheres que realizaram o pré-natal o fizeram em serviço especializado de saúde, por ter sido considerado Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). Das mulheres que realizaram o pré-natal de forma incompleta, apenas uma fez em serviço especializado em saúde, as demais seguiram o acompanhamento nos serviços de ABS.

Observa-se que a maioria delas, gestantes e puérperas, usuárias de *crack*, ao acessar a Maternidade do HU, apresentou queixas relacionadas ao trabalho de parto (exceto M13 e M15, que internaram para tratamento de comorbidades) e demonstrou comportamento sugestivo ao uso recente de drogas, tais como agressividade, confusão, agitação, desorientação, sonolência e ansiedade (M1, M2, M4, M6, M8, M9, M11, M13, M14 e M15). Além disso, duas mulheres

estavam em estado de desnutrição (M2 e M8). As seguintes “notas copiosas” ilustram o seu estado físico e psíquico ao acessar a Maternidade:

“Mãe chega para atendimento confusa, referindo ser usuária de drogas e ter usado *crack* três horas antes do parto.” (M1, P2)  
“Nutrição prejudicada pelo diagnóstico. Tabagista, usuária de maconha e *crack*. Paciente pouco colaborativa, com risco de queda.” (M2, P3)  
“[...] Internou para assistência ao parto [...], uso de *crack* poucas horas antes do parto [...]” (M4, P4)  
“Paciente com muita dor, agressiva. [...] Dificil avaliação, paciente agitada.” (M6, P3)  
“Mãe chega com SAMU em período expulsivo, agitada e com sinais de embriaguez.” (M11, P2)

Em relação às características do parto, vale destacar que uma puérpera deu à luz em um Pronto Atendimento (PA) e foi encaminhada, junto com o RN, para atendimento pós-parto no HU (M5 e RN5). Das onze puérperas atendidas, sete deram à luz de parto normal (M2, M3, M4, M6, M10, M11, M12) e quatro de parto cesariano (M1, M7, M8, M9). Seis permaneceram acompanhadas por familiar na hora do parto (M2, M3, M4, M9, M11, M12) e cinco estavam desacompanhadas (M1, M6, M7, M8, M10). Referente a essas onze mulheres, em oito Prontuários *On-line* identificou-se o estímulo à interação entre a mulher e o RN logo após o parto (M3, M4, M6, M7, M9, M10, M11 e M12) e em três não há registro correspondente (M1, M2 e M8). Isso pode ser exemplificado pelas seguintes “notas copiosas”:

“RN levado ao colo materno logo após o nascimento.” (M3, P3)  
“RN [...] fez o contato pele a pele com a mãe. (RN6, P2)  
“RN levado ao colo materno. Amamentando na primeira hora de vida.” (RN7, P2)  
“Estimulada a interação mãe-bebê.” (M11, P3)

Verifica-se que todas as mulheres e RNs foram atendidos durante a internação hospitalar por equipe multiprofissional de saúde, composta por médicos pediatras, ginecologistas-obstetras e psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais. Quatro mulheres e RNs foram atendidos por psicólogo. E cinco RNs foram atendidos por nutricionista. No caso específico de uma gestante, também houve o acompanhamento da Bioética Clínica do HU (M13).

Destaca-se que, inicialmente, as mulheres foram atendidas por médicos ginecologistas-obstetras e enfermeiros e os RNs por médicos pediatras e enfermeiros. Tais profissionais, por perceberem a necessidade, solicitaram consultoria de atendimento a outros setores: Serviço Social, Psiquiatria, Psicologia, Bioética Clínica e/ou Nutrição.

Encontram-se, no total dos Prontuários *On-line*, registros pontuais de discussão de caso multiprofissional, entre psicólogo e assistente social (M6); entre médico pediatra, médico psiquiatra e assistente social (M7); e entre assistente social e enfermeiro (M2). Contudo, não há registro de discussão de caso que envolva todos os profissionais de saúde.

Nota-se que cada profissional de saúde interveio de forma individual junto às mulheres e aos familiares dos RNs. No conjunto de todos os Prontuários *On-line*, consta um único registro de atendimento conjunto, realizado por mais de um profissional de saúde, do qual participaram um médico pediatra e um assistente social (RN7).

Identifica-se a realização de contatos telefônicos e discussão de casos com os serviços de ABS, como UBS e Consultório de Rua; com os serviços da assistência social, tais como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Serviços de Acolhimento Institucional; com órgãos de proteção à criança, ao adolescente, como Conselho Tutelar (CT), Juizado da Infância e Juventude (JIJ) e Promotoria de Justiça da Infância e Juventude (PJIJ); com órgão de proteção à mulher, como a Promotoria de Justiça e Defesa dos Direitos Humanos (PJDH); e com Cartório de Registro Civil. Salienta-se que a intersectorialidade, expressa na articulação do atendimento em saúde realizado na Maternidade do HU com os demais setores da sociedade foi realizada apenas pelo assistente social.

Constata-se que oito puérperas foram orientadas a não amamentar seus RNs, conforme contraindicação da amamentação por parte dos médicos pediatras. Cinco delas por causa do uso de drogas poucas horas antes do parto (M1, M2, M6, M8 e M11) e três por conta do diagnóstico de HIV+ (M3, M9 e M10). Duas mulheres foram orientadas a amamentar seus RNs, por não haver nenhuma contraindicação (M5 e M7). Duas mulheres foram inicialmente orientadas a não amamentar seus RNs, por haver a suspeita de uso de drogas recente (horas/dias) ao parto, contudo, posteriormente, foram orientadas a amamentá-los, devido a não confirmação de tal suspeita (M4 e M12).

Das doze puérperas atendidas na Maternidade, seis receberam a aplicação de anticoncepcional injetável no hospital (M2, M3, M4, M8, M11 e M12), uma fez Laqueadura Tubária (LT) na hora do parto cesariano (M1), uma optou pelo implante contraceptivo inserido durante a internação hospitalar (M10) e duas não realizaram contracepção antes da alta hospitalar (M5 e M6). Essas duas últimas puérperas foram orientadas a retornar no Ambulatório de Planejamento Familiar do HU, o que não ocorreu. Destaca-se que dois Prontuários *On-line* de puérperas não contêm registros referente ao planejamento reprodutivo (M7 e M9).

Quanto à organização da alta hospitalar das mulheres usuárias de *crack* na Maternidade, fica evidente a preocupação dos profissionais de saúde em providenciar o acesso ao tratamento de saúde relacionado ao uso de drogas. A maioria dessas mulheres foi encaminhada para atendimento com a psiquiatria de adição ao álcool e outras drogas em ambulatório específico

do HU. Destaca-se que apenas duas foram referenciadas para acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) (M1 e M9).

Duas puérperas que iniciaram o tratamento para sífilis na internação hospitalar foram referenciadas para concluí-lo na ABS (M2 e M12) e uma foi referenciada à ABS para solicitar o tratamento relacionado ao HIV+ (M10). Os médicos ginecologistas-obstetras e pediatras orientaram, na ocasião da alta hospitalar, as mulheres e os responsáveis pelos RNs sobre a necessidade de procurar por atendimento na UBS. Ressalta-se que apenas duas mulheres (gestantes) foram encaminhadas pela equipe de saúde para acompanhamento na em serviços da assistência social (M14 e M15).

Observa-se que a maioria das Notas de Altas das mulheres usuárias de *crack* atendidas na Maternidade do HU não informa sobre o acompanhamento multiprofissional realizado durante a internação hospitalar.

No que se refere à alta hospitalar dos RNs, filhos de mulheres usuárias de *crack*, sobressai-se a preocupação dos profissionais de saúde com a proteção da criança. Verifica-se que a maioria das altas hospitalares de RNs ocorreu mediante parecer do JIJ, solicitado pelo Serviço Social do HU. Apenas um RN recebeu alta hospitalar com a mãe antes do parecer judicial (RN3). Todas os encaminhamentos ao judiciário foram feitos por assistente social do HU.

De modo geral, o assistente social atendeu a mulher e, quando havia, os familiares do RN. Logo após, elaborou Relatório Social e encaminhou-o ao JIJ, em alguns casos, com cópia ao CT. O JIJ intimou o comparecimento em audiência da mulher e, quando havia, dos familiares do RN, bem como do assistente social que assinara o documento de abertura do processo. Ele informou a mulher sobre a audiência e, quando havia, os familiares do RN. Quando ocorreu a mulher estar internada na data da audiência, o assistente social providenciou seu deslocamento até o JIJ, com recurso de táxi do HU.

Cabe destacar que o Juiz de Direito, na intimação do profissional, comunicou sobre o dever de informar os familiares do RN e de acompanhá-los até a audiência. Assim sendo, o assistente social, a mulher e, quando havia, os familiares do RN foram ouvidos por Juiz de Direito, Promotor de Justiça e Defensor Público. Nessas audiências foram determinadas medidas protetivas relativas aos RNs, tais como: elaboração de estudo social da família do RN, a ser feito pela equipe multiprofissional do judiciário; determinação do acompanhamento familiar por serviços de assistência social, saúde e CT; guarda provisória do RN para familiar; e acolhimento institucional do RN.

Constata-se que, dos doze RNs, quatro receberam alta hospitalar sob a guarda dos pais (M3, M4, M10 e M12), quatro saíram da Maternidade sob a guarda de outros familiares (tios e avós) (M1, M5, M7 e M9) e quatro foram encaminhados para acolhimento institucional (M2, M6, M8 e M11). Após a alta hospitalar foi aberto processo de destituição do poder familiar referente a dois RNs (M2 e M6), que foram para acolhimento institucional logo após o nascimento, no qual o assistente social do HU foi intimado a depor.

Vale salientar que a maioria das Notas de Altas dos RNs, filhos de mulheres usuárias de *crack*, informa sobre o acompanhamento multiprofissional realizado durante a internação hospitalar.

Quanto às características das internações dessas pacientes na Maternidade do HU, identifica-se que, das quinze mulheres, doze internaram para assistência ao parto, uma para sedação do trabalho de parto prematuro e duas para investigação e tratamento de comorbidades. O tempo de internação das puérperas variou entre dois e dezenove dias e das gestantes entre sete e doze dias.

Em relação às características das internações dos RNs, filhos de mulheres usuárias de *crack*, na Maternidade do HU, verifica-se que, dos doze RNs, três internaram na UNeo, porque as mães não estavam em condições para cuidá-los no AC (RN1, RN2 e RN9). Desses, um precisou tratar Sífilis Congênita (RN2) e um investigar Microcefalia e Toxoplasmose Congênita (RN9). Outros dois RNs internaram na UNeo para tratamento de Sífilis Congênita (RN7 e RN12), um para monitoramento do padrão respiratório e abstinência interrogada (RN8), e quatro devido à alta hospitalar materna (RN5, RN6, RN10, RN11). Apenas dois RNs permaneceram em tempo integral no AC com a mãe (RN3 e RN4). O tempo de internação dos RN que internaram na UNeo variou de seis a 25 dias e dos RNs que ficaram no AC com a mãe de dois a sete dias.

Observa-se que a equipe médica da pediatria utiliza termos como “internação social”, “internação por problema social”, “baixa social”, “internação por quadro social” e “internação por questão social” para justificar a internação do RN na UNeo, quando esta não ocorre por necessidades de tratamento de saúde. As “notas copiosas” a seguir exemplificam isso:

“Internação Social”. (RN1, P2)

“RN interna por problema social, mãe usuária de *crack*”. (RN1, P2)

“RN interna [...] devido ao quadro social (mãe com aparente uso de *crack* recente).” (RN2, P2)

“RN proveniente do CO, interna por questão social.” (RN2, P2)

“RN baixa social.” (RN2, P2)

Ainda sobre os RNs que internaram na UNeo sem necessidades de tratamento de saúde, sinaliza-se o esforço dos profissionais de saúde para justificar essa internação, como ilustram as seguintes “notas copiosas”:

“RN vem encaminhado do AC, pois mãe mostrava-se sonolenta na maior parte do tempo. Admite ter feito uso de *crack* horas antes do nascimento. Mãe sem condições de prover os cuidados para com o filho neste momento. Optado por internar o RN na Neo. Baixa Social.” (RN1, P2)

“Paciente pouco colaborativa, com risco de queda. RN transferido para a Neonatologia.” (M2, P3)

“Mãe sem qualquer interação com o RN, com aparente quadro de abstinência a drogas.” (RN9, P2)

De modo geral, destaca-se por parte da equipe multiprofissional de saúde o incentivo à interação da mulher com o RN nos casos em que este internou na UNeo, como mostram as “notas copiosas” a seguir:

“Estimulada a ir na Neonatologia [UNeo] [...]” (M2, P1)

“Reforço a importância de seguir acompanhando a internação neonatal do RN.” (M9, P4)

“Referiu, permanentemente, insatisfação com a internação neonatal do RN. Foi apresentada a proposta de permanecer com o RN no AC, trazendo-o na UNeo apenas para a realização dos medicamentos, nos horários indicados.” (RN7, P4)

Percebe-se que os profissionais de saúde utilizam alguns termos, tais como *usuária*, *ex-usuária*, *drogadicta*, *ex-drogadita* e *dependente química*, para identificar as mulheres que fazem ou já fizeram uso de drogas ao longo de suas vidas.

Os resultados da pesquisa também expõem sobre as formas como as mulheres usuárias de *crack* se relacionam com seus filhos RNs na Maternidade, falam das relações familiares e do espaço que a droga ocupa na sua vida.

Verifica-se que, na Maternidade, a maioria delas manteve uma relação de cuidado para com seus filhos RNs, assim como manifestaram preocupação com o futuro deles. Isso fica evidente nas seguintes “notas copiosas”:

“[...] Não sabia que podia visitar o RN na UNeo e que iria logo, pois estava ansiosa para vê-lo”. (M1, P3)

“Atenta à filha e presente na internação neonatal.” (M2, P6)

“Mãe veio visitar a RN passados dois dias da sua alta hospitalar. Veio visitar a RN um dia e uma noite.” (RN2, P3)

“Bom vínculo mãe-bebê.” (M3, P6)

“Refere que deseja amamentar o RN4.” (M4, P3)

“Mãe quer ofertar somente leite materno durante a internação neonatal da RN. Recebendo a visita da mãe. Bom vínculo afetivo mãe-bebê.” (M7, P2)

“Diz estar motivada a criar o RN. Mostra-se afetiva com o filho. Bom vínculo com bebê.” (M10, P5)

“[...] Mãe se importando com a técnica de aleitamento e preocupada, pois o bebê ainda não suga bem.” (RN12, P2)

“[...] Diz que deseja que os filhos fiquem com a cunhada, pois a longo prazo, após manter-se abstinente e ter sua casa, vai querer tê-las novamente consigo, ‘para formar uma família’”. (M1, P5)

“Em audiência compareceram os pais e a tia materna do RN.” (P1, M4)

“Mostrou-se chorosa, demonstrando o desejo de permanecer com o RN.” (M2, P4)

“Refere estar motivada para ter alta, diz querer cuidar do bebê.” (M2, P5)

“Em audiência, estavam presentes a genitora e a tia materna do RN.” (RN2, P4)

“Preocupada com possibilidade de não ficar com a guarda do filho.” (M4, P4)

“Ansiedade pela definição da guarda da RN.” (M5, P6)

“Chora ao falar sobre a possibilidade de que ‘tirem seu filho.’” (M8, P5)

“[...] Refere que faz uso de *crack* há oito anos e que por esse motivo não está responsável por nenhum dos filhos. Relata que pretende que com o bebê seja diferente [...]” (M10, P4)

“Paciente refere que não terá condições de ficar com a criança e que não deseja que o bebê fique sob os cuidados da mãe dela.” (M13, P3)

Algumas mulheres apresentaram dificuldades em relação aos cuidados com seus filhos RNs na internação hospitalar, como expõem as seguintes “notas copiosas”:

“Refere que está tentando amamentar, oriento que não é aconselhável por ter usado *crack* alguns dias antes do parto.” (M6, P1)

“Não tem crítica em relação aos riscos por não ter feito o pré-natal. Paciente não apresenta crítica com relação ao uso de drogas e consequência para o seu bebê e sua filha.” (M6, P6)

“Pouca crítica em relação à necessidade de cuidados do filho e nas adaptações necessárias à sua vida. Indiferença afetiva quando fala na exposição do bebê a substâncias psicoativas durante a gestação.” (M8, P5)

“Mãe sem qualquer interação com o RN [...]” (M9, P2)

“Mãe deixa o bebê apoiado nos joelhos segundo relato da enfermagem.” (M9, P2)

“Parece ter pouca crítica sobre as condições de cuidados com os filhos [...]” (M11, P5)

Apesar disso, observa-se que essas mulheres demonstraram interesse em relação aos seus filhos, como indicam as “notas copiosas” que seguem:

“[...] Mostra afetiva com o filho, referindo que é a primeira vez que fica internada com o bebê, porque todos os demais filhos ficaram na Neonatologia por causa do uso de substância.” (M6, P6)

“A Paciente estava segurando RN no colo, informou o nome dado a ele [...]”. (M6, P4)

“Mãe visitando o RN.” (M9, P3)

“Paciente voltou agitada da audiência. Triste por ter perdido a guarda do filho.” (M8, P3)

“Não aceita que a RN seja abrigada também.” (M11, P6)

A maioria das mulheres usuárias de *crack* durante a internação na Maternidade permaneceu desacompanhada, recebendo apenas visitas pontuais de amigos e familiares. Somente quatro mulheres permaneceram acompanhadas por familiares na internação hospitalar (M3, M4, M10 e M12). Observa-se que algumas delas manifestaram sofrimento diante da ausência de suporte na Maternidade, como mostram as seguintes “notas copiosas”:

“Verbaliza que está triste, porque o esposo não veio visitá-la hoje. (M1, P3)

“Paciente refere tristeza por não receber visita dos familiares.” (M8, P3)

Constata-se que a maioria das mulheres usuárias de *crack* já tinha outros filhos, exceto a M2, e não estava responsável por eles, inclusive com histórico de perda de guarda e de destituição do poder familiar. Apenas a M3 e a M4 eram responsáveis por outros filhos.

A maioria delas experimentou, ao longo da vida, a fragilidade e/ou o rompimento dos vínculos familiares. Além disso, seis mulheres apresentaram relato de várias situações de violência, sendo que quatro mencionaram ter sofrido violência durante a gestação (M1, M6, M7, M8). Isso fica visível nas seguintes “notas copiosas”:

“Fala que aos 15 anos foi morar com pai de seus três primeiros filhos, pois não aguentava mais apanhar em casa. Comenta que tem sete irmãos, dentre eles três são crianças e adolescentes. Refere que não mantém contato com eles.” (M1, P4)

“Relatou abandono materno aos 10 anos de idade e ter sido criada pelo pai.” (M3, P5)

“Sem contato com familiares biológicos e rede de suporte frágil com a família de criação, salienta que seguiu sua vida independente.” (M6, P4)

“[...] Contou que a mãe faz uso de álcool, que a maltratava na infância e que não a cuidou. Diz que a mãe incentivava seu primeiro companheiro a agredi-la. [...] Buscou mostrar que sua mãe não representava suporte familiar. (M7, P4)

“Tem dificuldades de falar na sua infância, mas, após certificar-se que a mãe não está próxima, relata que o padrasto, quando ela tinha 6 anos, lhe “fez mal” e a mãe ficou do lado dele. Ela ficou em abrigo por 1 ano e 7 meses. O companheiro anterior, pai de suas outras duas filhas, de 5 e 7 anos, era muito ciumento e agressivo. As filhas estão com ele. O pai da filha atual também era muito agressivo e ela não tem contato com ele desde o início da gestação. Ele não sabe que ela engravidou e ela não quer que ele saiba.” (M7, P5)

“Paciente está sofrendo ameaça de morte do companheiro que estava preso por cinco meses por a ter agredido. Sem contatos com os filhos. Filho de 4 anos está em abrigo [...]” (M14, P5)

“Vínculos familiares de apoio atualmente são restritos às três irmãs paternas. Ela passou por dificuldades financeiras desde nova, precisando ingressar no trabalho sexual com 18 anos de idade, permanecendo na atividade até o nascimento do último filho. Ela contou que a prostituição foi o motivo de romper vínculos familiares, pois não aceitavam sua profissão.” (M14, P4)

“Relata longa história de abusos físicos, psicológicos e sexuais.” (M15, P5)

“Paciente diz que conheceu seus pais biológicos. Por ordem judicial, foi afastada da família biológica e adotada por família de classe alta. O pai adotivo logo faleceu de câncer, quando a paciente tinha 9 anos. A mãe adotiva é descrita como pessoa violenta. Foi abusada sexualmente por amigo da mãe. Após contar o acontecido para a mãe adotiva, a mesma não acreditou. Fugiu de casa aos 13 anos e nunca mais teve contato com eles.” (M15, P5)

Constata-se que cinco mulheres tinham somente o companheiro como familiar (M1, M6, M11, M12 e M15), seis contavam com a ajuda de outros familiares (M3, M4, M5, M9, M10, M13), três mantinham contatos com alguns familiares, mas estes não representavam suporte efetivo (M2, M7, M8) e uma não possuía vínculo com nenhum familiar (M14). Isso é ilustrado nas seguintes “notas copiosas”:

“Não tem relacionamento com familiares, diz que todos já morreram.” (M14, P4)

“Paciente tem três filhos adultos, dois adolescentes e uma criança, além do RN. Relata que mantém relacionamento com o pai do RN há dois anos, mas que eles não moram

juntos. [...] A paciente refere [...] poder contar apenas com seus filhos. [...] A filha da paciente [...] conta que tem cuidado dos irmãos menores. Nota-se que a filha de paciente tem afeto pela mãe e pelos irmãos. Diz que recebe ajuda dos irmãos adultos. Família estruturada com apoio da filha mais velha de 18 anos, para que a mãe pare de usar *crack*.” (M4, P2)

“A paciente manifestou não ter suporte familiar, disse que recebeu apoio, apenas ontem, da síndica do prédio, porém que não é uma pessoa com quem pode contar. Comentou que não se relaciona com os vizinhos e que não sai muito do apartamento onde mora. Afirmou que ontem recebeu a visita do compadre, do qual não soube informar o nome, de quem recebe ajuda material, quando necessita. Relatou que sua relação com o companheiro é de longa data (19 anos), que ele assumiu seu filho falecido, que se afastaram após a privação de liberdade dele, que durou 15 anos, e que recentemente estão se reaproximando. Falou que o companheiro está em liberdade condicional e trabalhando informalmente.” (M6, P4)

“Mora com a mãe e 2 filhos (17; 4). [...] Conta apenas com a ajuda da mãe, que sofreu AVC e apresenta sequelas aparentemente cognitivas segundo o relato. Não conta com a ajuda do pai da atual criança, que até hoje não veio visitá-la.” (M8, P5)

Observa-se que três mulheres não souberam informar há quanto tempo faziam uso de drogas ilícitas. O tempo de uso varia entre três e vinte e dois anos. A maioria faz uso há mais de dez anos. Todas tinham histórico de uso de alguma outra droga, lícita e/ou ilícita, concomitante ao uso do *crack*, como a maconha, o álcool e o tabaco.

Identificaram-se diversos fatores de risco ao uso de drogas, tais como sobrecarga de trabalho doméstico, participação no tráfico de drogas, diagnóstico de transtornos mentais (depressão, transtorno de humor bipolar e transtornos de personalidade), déficit cognitivo, rompimento de vínculos familiares, situação de violência intrafamiliar e o histórico de uso de drogas na família. Destaca-se que oito mulheres informaram uso de drogas feito por algum familiar próximo, como companheiro, pais e irmãos.

Identificaram-se também fatores de proteção ao uso de drogas, tais como a gestação, o nascimento de filhos e o cuidado com eles, o apoio da família e o suporte dos serviços públicos.

Todas as mulheres usaram *crack* durante a gravidez. Percebe-se que algumas conseguiram reduzir este uso ao longo da gravidez e outras o mantiveram até poucas horas antes da internação hospitalar (M1, M2, M4, M6, M8, M9, M11, M13 e M15). Observa-se também que a maioria delas já havia feito uso prejudicial de drogas e outras ainda o faziam, inclusive algumas não conseguiram mensurar esse uso (M6, M11, M15). As seguintes “notas copiosas” ilustram tudo isso:

“[...] Faz uso de *crack*, cerca de 30 reais por dia, mais 3 garrafas de aguardente por dia e 1 carteira de cigarro por dia. Nega uso de maconha e cocaína.” (M1, P5)

“Paciente é usuária de *crack*, tendo segundo ela feito uso de substância pela última vez um dia antes do parto e consumido em média sete pedras.” (M2, P4)

“Faz consumo de cocaína desde 11 anos e nos últimos anos de maconha com *crack*. Uso diário, das 18 às 20h. Sempre o faz sozinha e longe dos filhos.” (M3, P5)

“Durante a gestação aumentou consumo da substância, usando cerca de 3 a 4 pedras/dia em 5 dias/semana, inclusive no dia do parto. Faz uso sozinha, no quarto de sua casa, mais à noite.” (M4, P5)

“[...] Diz que faz um uso "tranquilo de *crack*", pois não rouba e não "incomoda ninguém". Diz que faz uso de *crack* e tabaco.” (M5, P5)

“Relata uso de múltiplas substâncias [...], atualmente predomina o uso de *crack*, diário, de difícil quantificação.” (M6, P5)

“Usou *crack* nas primeiras semanas de gestação, após descoberta da gestação refere ter parado o uso.” (M7, P2)

“Refere que, quando em uso de *crack*, chega a ficar 2-3 dias utilizando.” (M7, P5)

“Faz uso diário de *crack* há cerca de 12 anos. Diz usar cerca de 20,00 reais por dia.” (M8, P5)

“Parou com o *crack* por um ano, mas teve recaída na gestação, ficou um mês internada, sem uso de *crack* há dois meses.” (M10, P3)

“Uso de drogas. Chegou ao hospital com sinais de embriaguez.” (M11, P1)

“[...] Praticamente não se alimenta, passa grande parte do tempo fazendo uso de *crack* e álcool.” (M11, P4)

“Usuária de álcool, loló e *crack*, abstinente há três meses.” (M12, P5)

“Tabagismo e uso de drogas ilícitas (*crack*). Usuária de *crack* desde os 20 anos. Usava em torno de 7 pedras/dia, no último mês diminuiu para 2 pedras/dia, pois estava fumando em excesso e isso fazia mal para o bebê.” (M13, P5)

“Informa que estava há 3 meses em abstinência de *crack* e teve uma recaída há 20 dias, quando usou *crack* por 2 dias.” (M14, P5)

“Relata fazer uso de *crack* todo o dia em grande quantidade.” (M15, P4)

Destaca-se que uma das mulheres (M3) conseguia manter o uso de drogas, sem que isso representasse prejuízos no trabalho e no cuidado dos filhos. Ela usava drogas em espaço próprio nos fundos de sua casa, como forma de não se expor na rua, o que pode ser considerado como uma estratégia de proteção da família e de redução de danos.

Verifica-se que, de todas as mulheres, cinco nunca haviam feito nenhum tipo de tratamento relacionado ao uso de drogas. Duas estavam em tratamento, uma vinculada a CAPS AD e outra ao atendimento ambulatorial com a Psiquiatria de Adição do HU. As demais já haviam feito tratamento, como internação em Comunidade Terapêutica e Hospital Psiquiátrico e acompanhamento a nível especializado de saúde. A maioria mostrou-se mobilizada a retomar ou iniciar um tratamento especializado de saúde e quatro mulheres se recusaram. Ressalta-se que uma delas (M1) disse que aceitaria fazer tratamento em nível ambulatorial, mencionou o desejo de não ser internada, pois já havia passado por quatro internações hospitalares.

Constata-se que todas as mulheres tiveram acesso à saúde, uma vez que acessaram a Maternidade. Contudo, para sete delas, este acesso foi o primeiro contato com a política social de saúde durante a gestação.

Repara-se que sete mulheres tinham idades entre 20 e 29 anos, seis entre 30 e 39 anos e duas entre 40 e 49 anos. Além disso, dez eram negras, uma era parda e quatro eram brancas.

Verifica-se que nenhuma mulher estava vinculada a alguma instituição de educação, três tinham o ensino fundamental completo, onze não haviam completado o ensino fundamental e uma era analfabeta.

Constata-se que apenas uma mulher trabalhava com carteira assinada, duas trabalhavam informalmente (com faxinas e vendas) e doze estavam desempregadas.

Observa-se que somente uma mulher estava recebendo benefício da previdência social: salário maternidade.

Cinco estavam acessando benefício da assistência social, como Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada e Benefício Eventual, e duas estavam vinculadas a serviços de acolhimento institucional da assistência social.

Verifica-se que oito estavam em situação de rua, seis tinham local para morar e uma estava em acolhimento institucional. Das mulheres que, naquele momento, tinham residência fixa, nota-se que duas já haviam estado em situação de rua.

Duas mulheres relataram que já estiveram privadas de liberdade, duas não possuíam documentos de identificação e uma era interdita parcialmente para os atos da vida civil.

As seguintes “notas copiosas” ilustram isso tudo:

“Trabalha como auxiliar de serviços gerais e está em licença maternidade.” (M3, P4)  
“Nega vivência atual ou prévia de situação de rua. Trabalhava e cuidada dos filhos.” (M4, P4)

“Já tive a carteira assinada 2 vezes. Relata ser auxiliar de serviços gerais, desempregada no momento. Relata ter estudado até a 7 série com 1 repetência.” (M5, P5)

“Foi orientada iniciar antibiótico, mas a paciente não tem condições para comprar.” (M7, P1)

“Não têm roupas para o bebê.” (M7, P4)

“Estudou até 3ª série (desistiu por gravidez precoce), não trabalha fora há mais de um ano.” (M7, P3)

“Paciente esteve presa 2 vezes, teve 2 filhos enquanto presa, trabalhou como manicure nesse período. Conta que desde a infância vive na rua, porque perdeu seus pais cedo e não teve acolhimento familiar. Tem vontade de trabalhar e um dia voltar a estudar. Moradora de rua há quase 1 ano. Já trabalhou de cabelereira e manicure, mas não estava trabalhando ultimamente. Escolaridade: 2º ano do ensino médio. Antes de morar na rua, morava com o companheiro, na casa da mãe dele. Há 1 semana no abrigo. Companheiro, 33 anos, morador de rua há 1 ano. Antes trabalhava de vigilante.” (M12, P5)

“Paciente refere que estava morando em casa de aluguel social, mas que o ex-namorado descobriu sua moradia e a agrediu novamente, a obrigando a sair de casa e morar na rua.” (M14, P4)

“Não sabe quanto tempo vive na rua. Na gestação do primeiro filho não estava na rua. Sem trabalho. Já foi cozinheira, confeitadeira, cabelereira e profissional do sexo. Sente-se melhor na rua do que em hotéis. Não aceita ficar em albergue. Sem documentos de identidade [...]” (M15, P4)

Por fim, evidencia-se que a maioria das mulheres usuárias de *crack*, gestantes e puérperas, atendidas na Maternidade do HU, não tinha acesso aos direitos sociais, como o trabalho, previdência social, assistência social, educação, alimentação transporte e segurança, ou seja, não tinham atendidas as necessidades intermediárias, logo, as necessidades humanas básicas.

## 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os usuários de *crack* e/ou similares frequentam os serviços de saúde de forma esparsa e muito aquém do desejável, o que pode estar associado à situação de vulnerabilidade social em que se encontram (COUTINHO *et al*, 2014).

Alguns fatores influenciam na construção de barreiras de acesso das mulheres usuárias de drogas aos serviços de saúde, tais como o medo de não serem bem recebidas pelos profissionais; o receio de perderem a guarda dos filhos; a falta de dinheiro para o transporte; e a difícil localização desses serviços (ALBUQUERQUE; NOBREGA, 2016, p. 27). São barreiras de acesso já reconhecidas na área da saúde:

a estigmatização, o empobrecimento da rede de suporte social, as atitudes negativas dos profissionais [...] e, a rede de serviço ineficaz, a falta de transporte direto para os serviços, cuidado com os filhos e horários inflexíveis [...]. (ALBUQUERQUE; NOBREGA, 2016, p. 27).

Chaves (2017) destaca que os serviços públicos dificultam o acesso de quem mais precisa. No estudo realizado pelo autor, “muitos usuários mencionaram o descaso e o constrangimento a que foram submetidos na busca por atendimento nos serviços de saúde, tratados como se não fossem seres humanos e nem dignos de cuidado” (CHAVES, 2017, p. 124).

O MS e o MDS (BRASIL, 2016a) destacam que, no âmbito da saúde, os gestores e profissionais devem estar atentos às particularidades das mulheres usuárias de drogas, devendo atuar na eliminação das barreiras de acesso e garantir o atendimento universal e igualitário às ações e serviços. Indicam, como “[...] serviços estratégicos ao atendimento dessas mulheres, o Consultório na Rua, a Unidade Básica de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família” (BRASIL, 2016a, p. 5).

Bolzan (2016, p. 126) afirma que “as mulheres buscam mais os serviços de saúde para aquelas situações “socialmente aceitas” como a maternidade - pré-natal, exames ginecológicos, acompanhamento dos filhos, vacinação, etc.” A autora refere que “[...] há uma retenção das mulheres aos serviços de saúde [...]” e sinaliza o estigma da mulher que faz uso de drogas, pois “[...] perante a sociedade ela não é “bem vista” por estar realizando um ato considerado masculino, demonstrando as implicações de gênero no consumo de drogas feito por mulheres” (BOLZAN, 2016, p. 126).

Neste estudo, de modo geral, percebe-se que o meio de transporte utilizado por essas mulheres para chegarem até a Maternidade é um dado que não costuma ser registrado pelos profissionais de saúde. Esse dado aparece em apenas quatro Prontuários *On-line* e expressa duas situações específicas: *quando a mulher foi transferida de outro serviço de saúde e quando ela foi socorrida na rua*. Na primeira situação, a informação justifica a internação hospitalar das mulheres (e de um RN) e guarda os dados disponibilizadas pelo serviço responsável pela transferência deles (PA ou SAMU), que, no caso, foi quem prestou o primeiro atendimento em saúde. Na segunda situação, essa informação dá visibilidade às condições em que essas mulheres se encontravam naquele momento: sob efeitos de drogas, na rua, sofrendo violência e dor.

O MS afirma que o transporte seguro deve ser garantido nas situações de urgência às gestantes, puérperas e RNs de alto risco; além disso, refere-se à SAMU Cegonha, que deve ter estrutura adequada para o atendimento dessas mulheres e RNs (BRASIL, 2011c). Entende-se que o transporte é um direito delas, e os meios para acessá-lo devem ser providos a partir do acompanhamento da saúde e da assistência social.

Entende-se que o transporte para acessar a Maternidade é uma necessidade de todas essas mulheres e, no caso das gestantes que fazem uso de drogas, há um risco maior de que essa necessidade não seja atendida, o que pode agravar as condições de saúde delas e de seus filhos, por não receberem a devida atenção de saúde. Uma expressão disso são as frequentes histórias, contadas na mídia, de mulheres que deram à luz aos seus filhos na rua, no ônibus, no táxi, entre outros locais. Como exemplo disso cita-se a recente reportagem intitulada *Bebê que nasceu embaixo de passarela segue internado e aguarda doações*, publicada pelo Jornal NH, em 29/05/2019, de autoria de Bruna Mattana (MATTANA, 2019).

Neste estudo, nem todos os Prontuários *On-line* informam se as mulheres usuárias de *crack* chegaram sozinhas ou acompanhadas à Maternidade do HU, mas, considerando que a maior parte deles traz essa informação, é possível dizer que a maioria delas chegou acompanhada. Toda gestante ou puérpera tem direito a um acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato (BRASIL, 2011b; 2016b). Isso, além de ser direito da mulher, previsto na “Lei do acompanhante” em 2005 (BRASIL, 2005c), é um direito da criança, assegurado no Marco Legal da Primeira Infância em 2016 (BRASIL, 2016b).

Evidencia-se a fragilidade e o não acesso dessas mulheres ao acompanhamento de pré-natal, uma vez que apenas três delas o fizeram, o que corrobora com várias pesquisas realizadas

(COUTINHO *et al*, 2014; MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015; MARTINS, 2017; RANGEL, 2018; WRONSKI *et al*, 2016). De acordo com Costa *et al* (2013), as gestantes usuárias de cocaína ou *crack* apresentam risco aumentado de intercorrências maternas e fetais, o que as classifica como gestantes de alto risco.

Maia, Pereira e Menezes (2015) falam que o principal obstáculo para o tratamento de saúde das mulheres usuárias de drogas é o preconceito sofrido na própria comunidade, o qual se agrava quando se tratam de mulheres grávidas, o que torna quase impossível a realização do pré-natal. Os autores dizem ainda que a rotina dessas mulheres se faz nas ruas, com o uso de drogas, e que elas costumam chegar à Maternidade apenas na hora do parto (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015). Dessa forma, reforça-se a importância das práticas de cuidado relacionadas ao acompanhamento de pré-natal e ao fortalecimento dos vínculos familiares e sociais (RIOS, 2017).

Alguns documentos legais referem o direito da gestante de realizar o pré-natal, de ser vinculada e de conhecer a Maternidade de sua escolha antes do parto (BRASIL, 2011b, 2016b). O MS e o MDS indicam que a busca ativa dessas mulheres deve ser feita pelos serviços de saúde e assistência social, em nível básico de atenção e proteção, buscando garantir o acesso ao acompanhamento de pré-natal e a vinculação aos programas/benefícios/serviços socioassistenciais (BRASIL, 2016a). Ademais, sugerem a avaliação dos riscos gestacionais, a vinculação aos serviços especializados de saúde mental e o trabalho com as famílias dessas mulheres (BRASIL, 2016a).

Além do estado físico relacionado ao trabalho de parto, como as comorbidades e a desnutrição, a maioria dessas mulheres apresentou comportamento, caracterizado pelos profissionais de saúde, sugestivo ao uso de drogas. A identificação desse comportamento embasou algumas tomadas de decisões dos profissionais da Maternidade do HU: o não estímulo à interação entre a mulher e o RN logo após o nascimento; a contra-indicação da amamentação na primeira hora de vida; a internação do RN na UNeo; e a solicitação de atendimento da Psiquiatria, da Psicologia e do Serviço Social.

Observa-se que a apresentação de comportamento sugestivo ao uso de drogas, somado a itens como o estado físico, a fragilidade, a não realização do pré-natal e a ausência de acompanhante, influenciou diretamente na assistência à saúde prestada a essas mulheres durante o trabalho de parto. Outrossim, impôs limites à atuação de médicos e enfermeiros na Maternidade do HU, uma vez que, na maioria dos casos, eles não puderam conhecer o histórico

de saúde da mulher e tiveram dificuldades para realizar os exames necessários para avaliação clínica da gestante.

Constata-se que foram realizados mais partos normais do que cesarianos; a grande parte dessas mulheres permaneceu acompanhada na hora do parto e, na maioria deles, foi estimulada a interação entre a mulher e o RN logo após o nascimento. Esses dados condizem com as propostas de humanização ao parto e ao nascimento que norteiam a atenção à saúde materno-infantil no Brasil. (BRASIL, 1990a, 2011b, 2011c).

Verifica-se que a contraindicação da amamentação do RN é uma prática comum na Maternidade do HU quando há o diagnóstico materno de HIV+ e o relato ou suspeita de uso recente (dias ou horas antes do parto) de *crack* pela mulher. Entende-se que a amamentação

é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. (BRASIL, 2015, p. 11).

Dessa forma, no estudo realizado por Martins (2017), de um total de vinte e oito RNs, oito tiveram o aleitamento materno contraindicado, quatro pelo diagnóstico de HIV+ e quatro sem justificativa, possivelmente pelo uso de drogas relatado pela mulher.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), o uso de drogas (nicotina, opiáceos, benzodiazepínicos, álcool, ecstasy, anfetaminas, maconha, cocaína e estimulantes relacionados) não é considerado uma condição materna que contraindica a amamentação, embora represente um problema de saúde que causa preocupação. A OMS (2009) indica que as mulheres devem ser incentivadas a não usar tais drogas e terem o apoio para a abstinência. Aquelas que optam por, ou que não conseguem parar de usar drogas devem ser aconselhadas sobre riscos e benefícios da amamentação de acordo com a sua individualidade (OMS, 2009). Aquelas que usam drogas por períodos curtos, devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação nesses períodos (OMS, 2009).

Por outro lado, a Academia Americana de Pediatria (AAP) contraindica a amamentação no caso de uso de drogas ilícitas como fenciclidina, cocaína e cannabis, visto que elas podem ser encontradas no leite materno e afetar o desenvolvimento neurocomportamental infantil a longo prazo (AAP, 2012).

Nessa lógica, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda que “as mulheres devem ser fortemente desencorajadas a utilizarem drogas de abuso durante a gestação, no intuito de reduzir os danos à saúde dos seus filhos (SBP, 2017, p. 12).” Além disso, orienta que

tal recomendação deve ser mantida após o nascimento da criança, pois a exposição ao álcool e às drogas psicoativas como cocaína, *crack*, maconha, anfetaminas, ecstasy, LSD e heroína podem prejudicar o julgamento da mãe e interferir no cuidado com o seu filho, além do risco de toxicidade para o lactente amamentado. (SBP, 2017, p. 12).

O MS contraindica a amamentação no caso de uso de anfetaminas, cocaína e *crack*, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe e indica a amamentação no caso de uso criterioso de álcool (com algumas ressalvas) e nicotina, visto que a suspensão dessas drogas representa risco maior a saúde do lactente (BRASIL, 2015).

Verifica-se que tanto a SBP quanto o MS baseiam-se em Hale (2005) para indicar o tempo de interrupção da amamentação após o uso de drogas realizado pela mulher, o que ilustra o Quadro 6.

**Quadro 6** - Tempo de interrupção da amamentação indicado após o uso de drogas realizado pela mulher.

DROGAS	PERÍODO DE INTERRUPÇÃO DA AMAMENTAÇÃO
Álcool (etanol)	1 hora por dose ou até estar sóbrio
Anfetamina e ecstasy (MDMA)	24 a 36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína e <i>crack</i>	24 horas
Fenciclidina (PCP)	1 a 2 semanas
Heroína e morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha (cannabis)	24 horas

Fonte: Hale (2005).

Nota-se neste estudo que a informação do uso recente de drogas costuma ser fornecida pela própria mulher quando internada na Maternidade ou pelo familiar que a acompanha. Entende-se isso como um ato de cuidado da mulher, e ou do familiar, para com o RN.

Por outro lado, a alimentação é um direito da criança, que deve ser garantido com prioridade pela família, pela comunidade e pela sociedade em geral (BRASIL, 1990c). Trata-se de uma necessidade humana básica, pois sem o alimento nenhuma criança é capaz de sobreviver. Vale informar que o alimento substituto (fórmula láctea) ao leite materno não é fornecido pelo Estado Brasileiro, nos casos em que a amamentação do RN é contraindicada pelo uso de drogas da mulher. Desse modo, entende-se que a condição da mulher e da família de comprar o alimento substituto para o RN é um elemento que precisa ser considerado pelos profissionais de saúde quando se avalia a contraindicação do aleitamento materno. A ausência dessa condição não deve, jamais, ser justificativa para o afastamento do RN da mulher e da família, pois fere diretamente o ECA, que assegura que “a falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar” (BRASIL, 1990c, Art. 23).

O planejamento reprodutivo quando citado nos Prontuários *On-line* das mulheres usuárias de *crack* atendidas na Maternidade do HU está reduzido à indicação da contracepção, que normalmente é feita pelos médicos e sugerida pelos demais profissionais de saúde. Destaca-se que cabe a todos os profissionais que atuam no AC

oferecer orientações quanto aos cuidados de saúde, nutrição, higiene, saúde sexual e reprodutiva, destacando o direito a uma vida sexual livre, prazerosa e segura e o direito à escolha sobre a reprodução, quando e quantas vezes engravidar, com esclarecimento sobre métodos contraceptivos disponíveis e importância do uso do preservativo masculino ou feminino. (BRASIL, 2016c, Art. 6º, Inciso XV, Alínea C).

Verifica-se que todas as mulheres e RNs foram atendidos por equipes multiprofissionais de saúde, mas que não há menção à construção de projeto terapêutico singular (PTS). Consta um único registro de atendimento conjunto, compreendido como aquele em que participam mais de um núcleo profissional de saúde. Em suma, percebe-se a rotineira atuação individual de cada núcleo profissional da saúde junto a essas mulheres e seus RNs e escassos registros de discussão de caso entre todos os profissionais envolvidos no atendimento em saúde.

O PTS pode ser entendido como “uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações” (BRASIL, 2007, p. 40). Corrêa *et al* (2016, p. 1) definem o PTS como uma “[...] forma a articular ações, saberes, práticas e sujeitos na construção de uma atenção integral, resolutiva e humanizada [...]”. Também sinalizam alguns impactos da realização do PTS para os serviços de saúde, a saber: “aumento da qualidade do cuidado prestado ao sujeito, à família e grupos populacionais; organização dos serviços de saúde, com uma nova lógica de cuidado; legitimação do trabalho em equipe” (CORRÊA *et al*, 2016, p. 5).

Nessa perspectiva, Wronski *et al* (2016, p. 1238) ressaltam

[...] a importância de uma equipe interdisciplinar bem estruturada, visto que essas mulheres são pacientes de alto risco e necessitam de atendimento especializado, de forma que sejam atendidas de maneira integral e contínua, possibilitando um plano de cuidado que considere as suas vulnerabilidades.

Conclui-se que o trabalho em equipe na Maternidade do HU merece ser permanentemente qualificado e, para isso, o PTS pode servir de instrumento.

Percebe-se que os contatos com os demais serviços de saúde, com as outras políticas sociais e com os órgãos de proteção à criança e à mulher foram realizados exclusivamente pelo assistente social. Mesmo quando outros profissionais identificaram a necessidade de fazer o encaminhamento da mulher para outro serviço de saúde ou de acionar os órgãos de proteção à

criança, essa responsabilidade recaiu sobre o assistente social, como se fosse uma atribuição deste profissional e não uma competência de todos os profissionais de saúde<sup>22</sup>.

Entende-se que a atuação intersetorial é competência de todos os profissionais de saúde que atuam na Maternidade, os quais precisam conhecer os serviços e órgãos de proteção à criança e à mulher para melhor atendê-las.

Destaca-se que para um atendimento integral em saúde é necessário o trabalho em equipe e intersetorial. A integralidade em saúde “[...] deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde [...]” (CECÍLIO, 2006, p. 119), e “[...] fruto de uma articulação de cada serviço de saúde [...] a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde.” (CECÍLIO, 2006, p. 119).

Constata-se que a organização da alta hospitalar da mulher ficou centrada no encaminhamento para tratamento relacionado ao uso de drogas. A maioria dessas mulheres foram referenciadas para tratamento em ambulatório específico vinculado ao HU, apenas duas mulheres foram encaminhadas para CAPS AD e todas foram orientadas a procurar atendimento em serviço de ABS após a alta hospitalar. Entende-se que o tratamento especializado de saúde pode ser uma necessidade da mulher que faz uso de *crack*, contudo, orientá-la e encaminhá-la para o serviço especializado de saúde não garante que essa necessidade seja satisfeita, pois isso depende das condições que ela tem para acessá-lo, como exemplo, dinheiro para pagar o transporte.

Vale destacar que somente duas mulheres foram encaminhadas para serviços de assistência social, no caso eram gestantes que precisavam acessar serviço de acolhimento institucional, pois não possuíam local para morar. Esses dados apontam para a necessidade de haver maior interface entre a saúde e a assistência social. O MS e o MDS referem que as necessidades apresentadas pelas mulheres usuárias de drogas requerem a atuação articulada entre as diferentes profissões e setores da sociedade, incluindo -se a saúde e a assistência social (BRASIL, 2016a).

A organização da alta hospitalar do RN esteve focada em sua proteção e ocorreu a partir da comunicação ao Poder Judiciário. Apenas um RN recebeu alta hospitalar com os pais antes do parecer judicial. Todos os casos foram encaminhados ao Poder Judiciário,

---

<sup>22</sup> Vale esclarecer que “competência diz respeito a capacidade de apreciar, decidir ou fazer alguma coisa, enquanto a atribuição é uma prerrogativa, privilégio, direito e poder de realizar algo” (TERRA, 2000 *apud* IAMAMOTO, 2012, p. 37). Nesse sentido, a competência é genérica a qualquer profissional e a atribuição é específica de determinada categoria profissional.

independentemente da existência de suporte prestado por serviços públicos e/ou por familiar à mulher e ao RN, do desejo materno de permanecer com o RN, da confirmação de que a mulher estava abstinente do uso de drogas e da realização do acompanhamento de pré-natal. Além disso, destaca-se que todos esses encaminhamentos foram realizados pelo assistente social e não há registro de elaboração multiprofissional dos documentos noticiatórios encaminhados ao Poder Judiciário.

Essa comunicação ao judiciário é feita com base no *Termo de Compromisso de Integração Operacional* firmado, em 2009, pelos Hospitais Públicos de Porto Alegre, o Sistema de Justiça do RS e o Sistema de Proteção de Porto Alegre, o qual institucionaliza um fluxo de ações que visam a otimizar as informações e procedimentos interinstitucionais referentes à criança RN que não disponha de suporte familiar no momento da alta hospitalar e necessita de proteção especial (TJRS, 2009).

Desse modo, presume-se, a partir dos valores morais dos profissionais de saúde, que o uso de drogas realizado pela mulher pode representar risco ao RN (RANGEL, 2018) e, conforme o ECA, deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que se tenha conhecimento envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente trata-se de uma infração administrativa passível de pena (BRASIL, 1990c).

Evidencia-se que, na ocasião da alta hospitalar, 1/3 dos RNs ficou sob a guarda da mulher, 1/3 sob a guarda da família extensa e 1/3 foi para acolhimento institucional. Os fatores que influenciaram a permanência da guarda do RN com a mulher foram os seguintes: a realização do acompanhamento de pré-natal; a disposição da mãe de realizar tratamento de saúde relacionado ao uso de drogas; a existência de suporte familiar, expresso na presença da figura paterna e/ou de irmãos adultos; e de vinculação da família aos serviços de assistência social e saúde.

Por outro lado, os elementos que induziram a permanência do RN sob a guarda de familiares foram o histórico materno de uso de drogas recente ou não ao parto, a ausência do acompanhamento de pré-natal, o desejo materno de deixar o RN sob os cuidados de familiares e o histórico de ter outros filhos sob a guarda de familiares.

Os aspectos que determinaram o acolhimento institucional do RN foram o histórico materno de uso de drogas recente ao parto, a ausência de suporte familiar, a não vinculação aos serviços de assistência social e saúde e o histórico de perda de guarda ou de destituição de poder familiar de outros filhos. Nos casos de definição da guarda do RN para a família extensa ou de

acolhimento institucional, observa-se que a manifestação do desejo da mulher de permanecer com o RN não foi suficiente para que ele permanecesse sob a guarda dela.

No estudo feito por Martins (2017) a partir de dados coletados em prontuários de saúde, de 28 RNs, quatro foram acolhidos institucionalmente. Segundo o autor, o destino do RN nascido da mulher usuária de *crack* foi determinado a partir da avaliação das condições dessa mulher de prover o cuidado de seu RN após a alta hospitalar. Os indicadores dessas condições foram as situações de vulnerabilidade social, relacionadas “[...] à moradia incerta, falta de renda, ausência de apoio familiar, uso abusivo de drogas durante a gestação e comportamento observado pela equipe no período da internação.” (MARTINS, 2017, p. 46). Quando indicada a falta de condições da mulher para o cuidado do RN, o Poder Judiciário foi notificado. Nesse caso, o destino do RN foi definido a partir da avaliação de setor técnico no Poder Judiciário e da decisão do Juiz de Direito. O acolhimento institucional do RN foi medida tomada até a mulher comprovar ter condição para cuidar do RN. Houve também situações em que a família extensa (prima, tia, avó, etc.) assumiu guarda do RN. (MARTINS, 2017).

Rosato (2017) repudia as recomendações dos Ministérios Públicos de determinados Estados do Brasil, que impõem aos profissionais que atuam nas Maternidades o dever de notificar o nascimento de filhos de mulheres usuárias de *crack* ao Poder Judiciário, o que muitas vezes repercute no acolhimento compulsório desses RNs. A autora interpreta isso como “[...] uma “nova” prática que retoma “antigas” lógicas de funcionamento, sem efetivamente, avançar na garantia de direitos” (ROSATO, 2017, p. 4). Diz ainda que isso é “[...] uma violência estatal contemporânea, [...] que tem sido nomeada como prática de cuidado e proteção desses bebês” (ROSATO, 2017, p. 4).

Somado a isso, Rosato (2017) destaca que essas recomendações são destinadas às mulheres em situação de vulnerabilidade social e direcionadas para os serviços públicos de saúde. Nessa lógica, Rios (2017) aponta que não foi encontrada, em seu estudo, nenhuma mulher usuária de drogas de classe média vivenciado a ameaça de separação do filho. Ambas as autoras ressaltam que o uso de drogas não diz respeito a uma determinada classe social, mas perpassa toda a sociedade. Assim, “[...] o acolhimento de bebês opera um processo contemporâneo de judicialização direcionado para mulheres que se encontram fora do patamar da dignidade humana” (ROSATO, 2017, p. 5).

Rangel (2018) fala que o período da gestação é o momento em que as mulheres usuárias de *crack* se organizam, acessam os serviços intersetoriais, diminuem o uso de drogas e passam a planejar a vida em uma perspectiva de futuro. Dessa forma, ressalta que o Estado atua de

forma punitiva ao retirar os filhos dessas mulheres, ao invés de investir nos equipamentos de justiça e socioassistenciais para garantir as condições necessárias para o exercício da maternidade (RANGEL, 2018).

O MS e o MDS orientam que as mulheres usuárias de drogas que manifestam o desejo de permanecer com o RN devem ter asseguradas as condições para isso, conforme suas necessidades (ver Apêndice 1). Destaca-se a carência na Capital Gaúcha de serviços de saúde e assistência social destinados ao acolhimento familiar, que permitam a convivência entre a mulher e o RN, os quais são citados na Nota Técnica Conjunta do MS e do MDS. (BRASIL, 2016a).

Rangel (2018) sinaliza que as mulheres usuárias de *crack* que tiveram seus filhos acolhidos institucionalmente sofreram, ao longo de suas vidas, diversas violações de direitos e não eram efetivamente acompanhadas pelos serviços intersetoriais (RANGEL, 2018). Logo, uma vez colocados os RNs em acolhimento institucional, os caminhos percorridos pelas mães para deles se reaproximarem foram bastante trabalhosos e solitários (RIOS, 2017).

Identifica-se que a maior parte das mulheres internou na Maternidade do HU para assistência ao parto, e o tempo de internação foi maior quando a mulher estava gestante ou teve alguma complicação puerperal. Costa *et al* (2013) comentam que, apesar da internação pós parto ser de curta duração, as mulheres usuárias de cocaína ou *crack* devem receber uma atenção especial, devido aos riscos de agravos à saúde.

Averigua-se que a maioria dos RNs internou na UNNeo, por diferentes motivos, como a necessidade de tratamento de saúde (infecções congênitas, malformações, disfunções respiratórias e síndrome de abstinência), a dificuldade da mulher em cuidá-lo no AC e a alta hospitalar materna. Vale destacar que mais da metade dos RNs não apresentou problemas de saúde logo após o nascimento e apenas um teve suspeita de abstinência às drogas.

Em um estudo feito no HU de Jundiaí/SP, os desfechos neonatais desfavoráveis identificados foram “baixo peso ao nascer [...], desconforto respiratório e necessidade de UTI [Unidade de Terapia Intensiva], prematuridade, má formação congênita, sífilis congênita, CIUR [crescimento intrauterino restrito], icterícia neonatal e hiporeatividade” (MARTINS, 2017, p. 49, complemento nosso).

Neste presente estudo, observa-se também o esforço dos profissionais de saúde em justificar a internação neonatal dos RNs quando não apresentavam, especificamente, uma necessidade de tratamento de saúde. De modo geral, os profissionais denominam como

“sociais” as necessidades maternas que levaram o RN à internação neonatal, ficando o atendimento dessas necessidades sob a responsabilidade do assistente social.

Chama a atenção a forma como os profissionais que atuam na Maternidade do HU identificam as mulheres usuárias de *crack*. Comumente usam adjetivos como *usuária*, *ex-usuária*, *dependente química*, *drogadicta* e *ex-drogadita*, os quais uma vez citados do Prontuário *on-line* são repetidos em todos os registros subsequentes.

Segundo Ataídes (2017, p. 42) a utilização do adjetivo *dependente* pode ser estigmatizante, pois “imprime uma marca no indivíduo ou grupo de indivíduos que traz a ideia de que estes são pessoas incapazes de realizar qualquer atividade, a não ser usar *crack*”. Além disso, dá a entender que toda pessoa que usa *crack* faz uso problemático da droga (ATAÍDES, 2017).

O estigma pode ser entendido como “[...] um rótulo colocado em alguns indivíduos ou grupos de indivíduos a partir de concepções decorrentes das relações sociais” (ATAÍDES, 2017, p. 68). Na área da saúde, o estigma

costuma recair sobre pessoas que são portadoras de certas enfermidades cujo meio de aquisição é atrelado a um comportamento reprovado pela maior parte da sociedade. Portanto, ao se comportar de maneira reprovável, o enfermo acaba sendo considerado o único responsável pela condição em que se encontra. (ATAÍDES, 2017, 69)

Rangel (2018, p. 153) fala que às mulheres usuárias de *crack* “[...] se sobrepõe o estigma de que a droga as torna perigosas e capazes de fazer sofrer as pessoas que as cercam, o que justifica a retirada de seus filhos.” São consideradas como inadequadas ao exercício da função materna, socialmente construída (RANGEL, 2018). Dessa maneira, essa periculosidade é um fator determinante ao acolhimento institucional do RN (ROSATO, 2017).

Na Maternidade do HU, observou-se que tais mulheres mantiveram relações de cuidado e preocupação com o futuro do RN. Algumas puérperas tiveram dificuldades para cuidar do RN, mas independente disso demonstraram interesse por eles. Destaca-se que nenhuma dessas mulheres abandonou o RN na UNeo. Mesmo após receber alta hospitalar elas continuaram acompanhando e/ou visitando os filhos no hospital. Esses dados contrariam o senso comum que dissemina a ideia de que elas são indiferentes aos seus filhos e os abandonam na Maternidade.

Wronski *et al* (2016, p. 1234) observaram que algumas mulheres, “[...] mesmo usando a droga e na situação de vulnerabilidade em que se encontravam, referiram preocupação com o bebê, revelando um sentimento de apreensão [...]” Nessa perspectiva, Rios (2017) afirma que predomina o desejo de maternagem do filho pela mulher usuária de drogas e que há preocupação dela com a gestação e a saúde do filho.

Evidencia-se que a maior parte das usuárias de *crack* atendidas na Maternidade do HU era parda, negra e adulta/jovem, com idades que variavam de 20 a 44 anos de idade; estava em situação de rua, possuía o ensino fundamental incompleto, estava desempregada ou trabalhava informalmente, não tinha vínculo com a previdência social e não era acompanhada por serviços de saúde e assistência social.

Assemelhando-se aos resultados deste estudo, Porto (2018, p. 5) identificou “[...] relação entre a raça e o consumo de drogas pelas gestantes”. A autora cita que ser branca representa um fator de proteção para o convívio dessas mulheres com pessoas que fazem uso de drogas. Constatou uma “alta proporção de gestantes com ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto que fez uso e convivia com usuários de drogas” (PORTO, 2018, p. 5). Verificou relação entre o uso de drogas e a condição de moradia, “tanto o consumo entre mulheres quanto a convivência com usuários foram proporcionalmente maiores entre as que residiam em casas alugadas” (PORTO, 2018, p. 6). Além disso, observou que “[...] maior proporção de mulheres que consumia drogas possuía renda familiar de um a três salários mínimos e dependia parcialmente do companheiro ou familiar” (PORTO, 2018, p. 6).

Nessa perspectiva, Santos e Gavioli (2017, p. 35) verificaram que os riscos ao uso de drogas estão “associados com escolaridade inferior a oito anos, não brancas, católicas, que conviviam com familiar usuário de drogas, com renda abaixo da média amostral, sem filhos, vivendo em moradia não própria e com idade entre 14 e 24 anos.”

Wronski *et al* (2016) viram que as mulheres usuárias de *crack* tinham idade de 24 a 36 anos, ensino fundamental incompleto, duas eram do lar e uma trabalhava como auxiliar de serviços gerais, uma era solteira e duas estavam em união estável.

Chaves (2017) mostrou que, dos 40 usuários de *crack* estudados, 19 moravam na rua e os condicionantes dessa situação foram “[...] os conflitos familiares, o próprio consumo de drogas, o desemprego e os problemas criminais” (CHAVES, 2017, p. 107).

Martins (2017) destaca que o perfil das mulheres usuárias de *crack* e os desfechos maternos identificados refletem mais do que os prejuízos causados pelo uso da droga em si. “Em idade fértil, vulnerabilidade social, com difícil acesso ao mercado de trabalho pela baixa escolaridade, baixo ou nenhum poder aquisitivo, em sua maioria sem companheiro fixo e moradia incerta” (MARTINS, 2017, p. 45).

Destaca-se que a maioria das mulheres permaneceu desacompanhada durante a internação obstétrica. Duas delas chegaram a manifestar para os profissionais de saúde a solidão, sentida diante da ausência de familiares no hospital. A maioria delas é múltipara e já

havia perdido a guarda ou poder familiar de outros filhos. Todas, ao longo da vida, haviam sofrido situação de fragilidade e rompimento de vínculos familiares. Naquele momento, a maioria não contava com o suporte da família. Algumas contavam apenas com o apoio do companheiro, contudo, alguns também eram usuários de drogas.

No estudo realizado por Chaves (2017, p. 78), no que se refere à família, os usuários de *crack*

apresentaram um discurso repleto de sentimentos intrinsecamente relacionado ao sofrimento, à violência, às rupturas afetivas, à angústia do abandono ou de terem abandonado, à rejeição familiar, às decepções, que vivenciaram e que, para muitos, foram as razões que os levaram à situação em que se encontram hoje.

Identificam-se uma diversidade de dados no que se refere à forma como essas mulheres se relacionam com as drogas. A maioria fazia uso há longa data e todas usavam outras drogas além do *crack*. Observam-se alguns fatores que influenciaram essas mulheres a fazerem uso de drogas: a sobrecarga de trabalho doméstico; o trabalho com o tráfico de drogas; o histórico de transtornos mentais e de déficit cognitivo; o rompimento de vínculos familiares; as situações de violência intrafamiliar; e o histórico de uso de drogas realizado por familiares. Percebe-se também elementos que auxiliaram essas mulheres a alterar padrões de uso de drogas e até mesmo a manterem-se abstinentes, a saber: a gestação, o nascimento e o cuidado com os filhos; o vínculo e o apoio familiar; e o suporte dos serviços de saúde e de assistência social. Todas essas mulheres fizeram uso de drogas durante a gestação e a maioria manteve o uso até poucas horas antes do parto. A maior parte delas já havia feito algum tipo de tratamento relacionado ao uso de drogas e manifestou interesse em retomá-lo.

Consoante a esses dados, Rocha *et al* (2016) sinalizam que o uso simultâneo de drogas lícitas e ilícitas mostrou-se frequente no estudo realizado. Mostram também que as mulheres com maior nível de ansiedade e que sofreram violência tiveram maior chance de usar drogas na gestação (ROCHA *et al*, 2016).

Chaves (2017) cita que há a influência de pessoas do convívio diário (familiares e amigos) na aproximação inicial com as drogas. A autora percebe uma progressão no consumo de drogas, “com uma escalada entre drogas legais e ilegais até o primeiro contato com o *crack*” (CHAVES, 2017, p. 115). Sinaliza que é comum a associação do álcool e da maconha com o *crack*. Destaca que a maioria dos usuários de *crack* manifestaram o interesse em realizar tratamento de saúde. E aponta que a média de tempo de consumo de *crack* é de aproximadamente oito anos. Esse dado contraria o senso comum, que apregoa que os usuários de *crack* têm pouco tempo de vida, pois mata rapidamente. (CHAVES, 2017)

Wronski *et al* (2016) constataram que o tempo de uso do *crack* realizado pelas mulheres foi de seis a dez anos, que elas usavam esta e outras drogas (álcool, cola, tabaco e maconha) e que tinham histórico de uso destas substâncias por familiares (cônjuge, progenitores e irmãos).

Diferentes dos resultados deste estudo, Rocha *et al* (2016) constataram que o uso de drogas ilícitas na gestação decresce com a progressão da gravidez das mulheres e que as drogas mais consumidas foram as lícitas, seguidas das ilícitas.

Observa-se que o uso de drogas está relacionado ao não acesso ao trabalho digno, à ausência de renda, à baixa escolaridade, às precárias condições de moradia, à má alimentação, às situações de violência, ao não acesso aos cuidados de saúde, à desproteção infantil e à fragilidade e ao rompimento dos vínculos familiares.

Verifica-se que, ao longo da vida, essas mulheres sofreram (e algumas ainda sofrem) diversas violações de direitos, assim como não tiveram (e algumas ainda não têm), suas *necessidades intermediárias* satisfeitas: alimentação nutritiva e água potável; habitação adequada; ambiente de trabalho desprovido de riscos; ambiente físico saudável; cuidados de saúde apropriados; proteção à infância; relações primárias significativas; segurança física; segurança econômica; educação apropriada; segurança no planejamento familiar, na gestação e no parto (DOYAL; GOUGH, 1991 apud PEREIRA, 2011).

Em decorrência do uso da droga (ou das drogas, como mostra este estudo) e do não atendimento de suas necessidades básicas (e, por sua vez, das necessidades intermediárias e específicas), a maior parte das mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack*, atendidas na Maternidade do HU, apresentam sérios prejuízos na vida. Isto é, elas sofrem impactos negativos que as impedem ou as limitam de viver, física e socialmente, em condições de poderem expressar a capacidade de participação ativa e crítica (DOYAL; GOUGH, 1991 apud PEREIRA, 2011).

Assim, com a saúde física e/ou a autonomia prejudicadas, pela ausência de condições básicas que lhes permitam viver com dignidade, essas mulheres têm dificuldades/limitações reais para cuidar dos seus filhos RNs, o que, de modo geral, é visto pela sociedade como um sinônimo de inaptidão à maternidade.

Ocorre que, na sociedade brasileira, ainda predomina a ideia de que às mulheres cabe o dever de cuidar dos filhos e, quando o descumprem, são julgadas e punidas. Contraditoriamente, não há um consenso moral quanto ao direito das mulheres de terem suas necessidades básicas satisfeitas, para que tenham condições de exercer da melhor forma possível aquilo que lhes é cobrado.

Nessa perspectiva, defende-se a ideia de Doyal e Gough (1992) de que a lógica dos deveres implica a realidade dos direitos. Os cidadãos não podem ser cobrados pelo descumprimento de seus deveres, se não tiverem asseguradas as condições básicas para desempenhá-los. É contraditório exigir ou esperar o melhor de quem não possui as condições básicas asseguradas. O básico é direito inegociável e incondicional de todo ser humano e quem não o tem, por falha do sistema socioeconômico, deverá ser ressarcido desse *déficit* pelo próprio sistema (*apud* PREREIRA, 2011). Defende-se aqui a premissa de que às mulheres devem ser asseguradas as condições básicas para que vivam com saúde física e autonomia, inclusive para cuidar de seus filhos, se esta for uma opção.

Compreende-se que a resposta do Estado Brasileiro, operacionalizada através dos serviços públicos e do Poder Judiciário, é imediatista e inconsistente. Afastar o RN da mulher, frente ao uso de *crack* (e de outras drogas) realizado por ela, sem o devido atendimento das suas necessidades, apresenta-se como ação voltada para a proteção do RN, em prol do melhor interesse da criança. No entanto, fere seu direito fundamental à convivência familiar e comunitária, previsto no ECA.

Importa esclarecer que se tem a certeza de que o RN precisa ser protegido, assim como se tem a clareza de que as mulheres usuárias de *crack* (e outras drogas) também necessitam disso. Nesse sentido, para que essas mulheres sejam protegidas, as políticas públicas e sociais precisam estar voltadas para o atendimento das necessidades intermediárias e específicas que apresentam.

## 5 CONCLUSÃO

Ao concluir esta pesquisa, é válido reconhecer a qualidade dos registros que compõem os Prontuários *On-line*, realizados pelos profissionais de saúde que atuam na Maternidade do HU, os quais demonstram respeito e compromisso para com o paciente. Encontrou-se uma riqueza de informações sobre o atendimento realizado com as mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack*, e acredita-se que, se não fosse dessa forma, os objetivos desta pesquisa seriam inalcançáveis.

Por outro lado, esses registros também apontam para importantes lacunas assistenciais na Maternidade do HU, principalmente no que se refere ao trabalho em equipe e intersetorial, o qual é fundamental para o atendimento integral em saúde.

A Maternidade do HU é um serviço de saúde acessado pelas mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack*. Portanto, entende-se que ela precisa estar pronta para atender essas mulheres e seus RNs, de forma integral e equitativa, conforme as propostas do SUS. Para isso, cabe aos profissionais de saúde que nela atuam identificar as necessidades básicas (intermediárias e particulares) dessa população específica e tencionar os demais setores da sociedade na construção de respostas comprometidas com a efetivação dos direitos sociais desses sujeitos, elementos essenciais para o fornecimento de uma alta hospitalar responsável.

Observa-se o distanciamento das gestantes usuárias de *crack* dos serviços de ABS, que estão localizados nos territórios de vida dessas mulheres. Isso pode indicar para a precarização dos serviços de ABS, impostos pelo ataque neoliberal às políticas públicas e sociais. Destaca-se que a busca ativa das gestantes usuárias de *crack* pode evitar o agravamento dos riscos à saúde gestacional, assim como o rompimento dos vínculos familiares.

Identifica-se que o trabalho em equipe e a atuação intersetorial ainda requerem aprimoramento na Maternidade do HU. Sabe-se que a integralidade do cuidado em saúde, princípio constitucional que orienta essa política pública e social no Brasil, só poderá ser atingida através da integração dos diferentes saberes e setores da sociedade. Ademais, se há o interesse em mudar conceitos e práticas na área da saúde, o atendimento oferecido na Maternidade precisa ser qualificado, pois nela estão inseridos muitos estudantes, apreendendo o fazer em saúde, visto o caráter formativo do HU.

Acredita-se que a adoção de round multidisciplinar e a criação de um espaço sistemático para discussão multidisciplinar de caso podem ser estratégias para a qualificação do trabalho realizado na Maternidade do HU.

Entende-se o uso do *crack*, na sociedade contemporânea, como uma expressão da questão social. Evidencia-se que as mulheres, gestantes e puérperas, usuárias de *crack* atendidas na Maternidade do HU são aquelas que, ao longo de suas vidas, sobreviveram a uma série de violações de direitos e que escancaram a negligência estatal no que tange ao atendimento das suas necessidades humanas básicas.

Desta forma, o uso de *crack* não é a questão central que determina a necessidade de “proteger” o RN, mas sim a ausência das condições básicas para o exercício de uma vida digna apresentada pela puérpera usuária de drogas. Isso fica evidente neste estudo, pois aquelas mulheres que tinham moradia digna, que acessaram os serviços de saúde e que contavam com suporte familiar conseguiram permanecer com a guarda de seus filhos, ou seja, foram consideradas aptas ao exercício da maternidade.

Por fim, defende-se que proteger a mulher, gestante e puérpera, usuária de *crack*, é proteger o RN.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. M. D. **Vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de crack.** Dissertação de mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Mestrado em Psicologia, 2014.

Disponível em:

<[https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/14233/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Conferida.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/14233/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Conferida.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2019.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Breastfeeding and the Use of Human Milk. **Pediatrics**, Itasca/USA, p. 127-141, jun. 2012. Disponível em:

<<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/3/e827.full.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

ALBUQUERQUE, C. S. NOBREGA, P. S. S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, nº 12, v. 1, p. 22-29, jan.-mar. 2016.

Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n1/pt\\_04.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n1/pt_04.pdf)>. Acesso em: 30 mai. 2019.

ARAÚJO, A. J. S. **Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas.** Dissertação de mestrado. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2014. Disponível em:

<[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15161/1/Dissertacao\\_Enf\\_%20Anne%20Jacob%20Ara%C3%BAjo.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15161/1/Dissertacao_Enf_%20Anne%20Jacob%20Ara%C3%BAjo.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2019.

ATAIDES, R. P. **Estigma e pessoas que usam crack: uma análise das publicações dos dois maiores jornais impressos do Brasil entre 2013 e 2014.** Dissertação de mestrado.

Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2017.

Disponível em:

<[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23693/1/2017\\_RobertaPeixotoAtaides.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23693/1/2017_RobertaPeixotoAtaides.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. O cenário do consumo de crack e o Inquérito Nacional sobre Crack, 2012. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em:

<<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

BASTOS, M. S. F. **Uma luz na voz do invisível: a experiência de ser mãe para usuárias de crack.** Recife: Universidade Católica de Pernambuco, Mestrado em Psicologia Clínica, 2014. Disponível em: <[http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/214/1/maria\\_socorro\\_bastos.pdf](http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/214/1/maria_socorro_bastos.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BOLZAN, L. M. **Deméter, Ceres e Bacante**: homogeneização da mulher que faz uso de drogas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Senado Federal. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2016c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 4345, de 26 de agosto de 2002**. Aprova a Política Nacional Antidrogas e da outras providências. Brasília: Presidência da República, 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9674, de 2 de janeiro de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania... Brasília: Presidência da República, 2019a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9674.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9674.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 5912, de 27 de dezembro de 2006**. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad)... Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: <[file:///Users/Carlos/Downloads/politicas\\_drogas\\_sisnad\\_2ed.pdf](file:///Users/Carlos/Downloads/politicas_drogas_sisnad_2ed.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: Presidência da República, 2011a. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas... Brasília: Presidência da República, 2010b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Presidência da República, 2005c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. Acesso: 05 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13257, de 8 de março de 2016.** Brasília: Presidência da República, 2016b. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância... Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Comunidades Terapêuticas**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019b. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Fundo Nacional Antidrogas**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019d. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/fundo-nacional-antidrogas-1>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Nota Técnica Conjunta MDS/MS N° 001/2016**. 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. Brasília: MDS/MS, 2016a. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa\\_familia/nota\\_tecnica/nt\\_conjunta\\_01\\_MDS\\_msaude.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011c**. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016c**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Portaria-2068\\_2016.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Portaria-2068_2016.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a NOB de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera a RAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é? Doenças, tratamento e direitos.** Brasília: Ministério da Saúde, [2018?]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Nota Técnica Conjunta MDS/MS N° 001/2016.** 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. Brasília: MDS/MS, 2016. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa\\_familia/nota\\_tecnica/nt\\_conjunta\\_01\\_MDS\\_msaude.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez\\_parto\\_nascimento\\_saude\\_qualidade.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2016d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento\\_acoes\\_programaticas\\_estrategicas\\_dapes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_acoes_programaticas_estrategicas_dapes.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_projeto\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2019.

CARNEIRO, L.; REGO, M. O crack na perspectiva da religiosidade e da redução de danos. In: NERY FILHO, A. *et al* (Orgs). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2012, p. 385-404. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As\\_drogas\\_na\\_contemporaneida\\_de\\_RI.pdf](http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneida_de_RI.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

CASSIANO, A. C. M. *et al*. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, nº 65, v. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso em: 01 maio 2018.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006, p. 117-130.

CHAVES, E. M. S. **Consumo de crack: uma questão socioambiental**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade do Sagrado Coração, Mestrado em Ciência e Tecnologia Ambiental, 2017. Disponível em: <<https://tede2.usc.br:8443/jspui/bitstream/tede/401/2/Consumo%20de%20crack%20-%20uma%20questao%20socioambiental%20%28217385%29.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **O estigma das drogas**. Caderno 2. Série: Assistente social no combate ao preconceito. Brasília: CFESS, 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CVGS). **Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Sistema de Informação de Mortalidade**. Porto Alegre: CGVS, 2018. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=919](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919)>. Acesso em: 01 maio 2018.

CORRÊA, V. A. F. Projeto Terapêutico Singular: reflexões para a enfermagem em saúde coletiva. **Revista enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, nº 24, v. 6, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.26309>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

COUTINHO *et al.* Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em:

<<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

CUNHA, G. B. *et al.* Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, nº 5, v. 77, 2001, p. 369-373. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a06.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2018.

DIAS, M. SUS, SUAS e política sobre drogas: interfaces e tensionamentos. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (Orgs.). **Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em Redução de Danos.** Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017. Disponível em:

<<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

DOYAL, L. GOUGH, I. **A theory of human need.** London: MacMillan, 1991.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº 20, v. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n6/1869-1878/pt>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

FREITAS JR., R. A. *et al.* (Org.). **Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte.** Natal: EDUFRN, 2014. Disponível em:

<<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000080196.PDF>>. Acesso em: 01 maio 2018.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê.** São Paulo: Globo, 2011. Disponível em:

<[https://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_guiagestantebebe.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

GIDDENS, A. **A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social democracia.** Tradução de Maria Luiza Borges. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GOMES, R. R. Caminhos sobre a especificidade da redução de danos frente aos modelos de abordagem ao uso de psicoativos no Brasil. In: NERY FILHO, A. *et al* (Orgs). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2012, p. 367-383. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As\\_drogas\\_na\\_contemporaneidade\\_RI.pdf](http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneidade_RI.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

HALE, T. W. Drug Therapy and Breastfeeding. In: RIORDAN, J. **Breastfeeding and Human Lactation**. 3º ed. Boston: Jones and Barlett Publishers, 2005, p. 137-166. Disponível em: <<http://the-eye.eu/public/Books/BioMed/Breast%20Feeding%20and%20Human%20Lactation%203rd%20ed%20-%20J.%20Riordan%20%28Jones%20and%20Bartlett%2C%202005%29%20WW.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. Traduzido por Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão**. 1ª edição ampliada. Brasília: CFESS, 2012, p. 33-74. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 14 ago 2019.

JALIL, E. *et al*. Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: Resultados do inquérito nacional. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

JORGE, J. S. **Violência sexual e aspectos relacionados entre usuários de crack: um estudo epidemiológico**. Dissertação de mestrado. Alagoas: Universidade Federal de Alagoas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/3028/1/Viol%C3%Aancia%20sexual%20e%20aspectos%20relacionados%20entre%20usu%C3%A1rios%20de.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MACEDO, F. S. **A economia moral na atenção a gestantes que usam crack: uma análise das práticas cotidianas de cuidado**. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Universidade

Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140947/000991195.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador/BA, v. 4, n. 2, p. 121-128, jul./dez. 2015. Disponível em: <[file:///Users/Carlos/Downloads/664-3076-1-PB%20\(1\).pdf](file:///Users/Carlos/Downloads/664-3076-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MALHEIROS, L. Tornando-se um usuário de crack. In. NERY FILHO, A. *et al* (Orgs). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2012, p. 79-100. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As\\_drogas\\_na\\_contemporaneidade\\_RI.pdf](http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneidade_RI.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MALHEIRO, L. S. B. **Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e política sobre drogas no Centro de Salvador, Bahia**. Dissertação de mestrado. Salvador/BA: Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, 2018. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/28468/1/Dissertacao\\_\\_FIM\\_\\_.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/28468/1/Dissertacao__FIM__.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MARQUES, T. C. **A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento às mulheres puérperas usuárias de drogas na perspectiva da convivência familiar**. Dissertação de mestrado (mestrado). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2015. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/26584/26584.PDF>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

MARTINS, L. C. **Crack e gestação: perfil e desfechos maternos e neonatais de mulheres usuárias internadas no Hospital Universitário em Jundiaí**. São Paulo: Faculdade de Medicina de Jundiaí, 2017. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=5943363](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5943363)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MATTANA, B. Bebê que nasceu embaixo de passarela segue internado e aguarda doações. **Jornal NH**. Disponível em: <[https://www.jornalnh.com.br/\\_conteudo/noticias/regiao/2019/05/2423118-guerreiro-na-luta-pela-vida.html](https://www.jornalnh.com.br/_conteudo/noticias/regiao/2019/05/2423118-guerreiro-na-luta-pela-vida.html)>. Acesso em: 01 jun. 2019.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** São Paulo: Cortez, 2002.

NETTO, J. P. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. **Temporalis**, ano II, Nº 3, p. 41-49, jan./jun. 2001.

NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas? *In.* NERY FILHO, A. *et al* (Orgs). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais.** Salvador: EDUFBA/CETAD, 2012, p. 11-20, 2012. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As\\_drogas\\_na\\_contemporaneidade\\_RI.pdf](http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneidade_RI.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

OLIVEIRA, L. R.; RIZZATO, A. B. P.; MAGALDI, C. Saúde materno-infantil: visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, nº 17, p. 208-20, 1983. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v17n3/03.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

OLIVEIRA, M. A. **Palavras não escutadas: encontros e desencontros entre a política pública de atenção a drogadição na adolescência e a demanda das famílias.** São João da Boa Vista: Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino FAE, 2016. Disponível em: <<http://www.fae.br/mestrado/dissertacoes/2016/MARIA%20AUXILIADORA%20DE%20OLIVEIRA.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno.** OMS: Genebra/Suíça, 2009. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_por.pdf;jsessionid=145FBBD8F5EC081E10DD2BFB88E4B5D5?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf;jsessionid=145FBBD8F5EC081E10DD2BFB88E4B5D5?sequence=2)>. Acesso em: 01 jun. 2019.

OXFAM. **A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras.** São Paulo: OXFAM Brasil, 2017. Disponível em: <[https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Relatorio\\_A\\_distancia\\_que\\_nos\\_une.pdf](https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Relatorio_A_distancia_que_nos_une.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

PAIVA, F. S.; COSTA, P. H. A. Desigualdade social, políticas sobre drogas e direitos humanos: uma reflexão sobre a realidade brasileira. *In:* VECCHIA, M. D. *et al* (Orgs.). **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas.** 1ª Ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 53-72. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/drogas-e-direitos-humanos-reflexoes-em-tempos-de-guerra-as-drogas-pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

PASSOS, S. M. B. **Mulheres/mães usuárias de crack**: histórias de desproteção social. Universidade Católica do Rio de Janeiro, Mestrado em Serviço Social, 2016. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/27337/27337.PDF>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, P. A. P. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PERONI, V. M. V. Privatização do público *versus* democratização da gestão da educação. In: GOUVEIA, A. B.; PINTO, J. M. R.; CORBUCCI, P. R. (Orgs.). **Federalismo e políticas educacionais na efetivação do direito à educação no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011, p. 199-216. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3083/1/Livro\\_Federalismo%20e%20pol%C3%ADticas%20educacionais%20na%20efetiva%C3%A7%C3%A3o%20do%20direito%20C3%A0%20educa%C3%A7%C3%A3o%20no%20Brasil.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3083/1/Livro_Federalismo%20e%20pol%C3%ADticas%20educacionais%20na%20efetiva%C3%A7%C3%A3o%20do%20direito%20C3%A0%20educa%C3%A7%C3%A3o%20no%20Brasil.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

PORTO, P. N. *et al.* Fatores associados ao uso de álcool e drogas por mulheres gestantes. **Revista Rene**, Fortaleza/CE, v. 19, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31321/pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Relatório do desenvolvimento humano 2015: O Trabalho como motor do desenvolvimento humano**. Traduzido por Camões - Instituto da Cooperação e da Língua. USA: PNUD, 2015. Disponível em: <[http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15\\_overview\\_pt.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

RANGEL, G. L. N. **Histórias não contadas**: acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas. Dissertação de mestrado. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2018. Disponível em: <[http://200.137.65.30/bitstream/10/11110/1/tese\\_12843\\_Gediane%20L.%20Neves%20Range1.pdf](http://200.137.65.30/bitstream/10/11110/1/tese_12843_Gediane%20L.%20Neves%20Range1.pdf)>. Acesso em: 29 mai. 2019.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre Artmed: 2012.

RIOS, A. G. **O fio de Ariadne**: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2017. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/325079/1/Rios\\_ArianeGoim\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/325079/1/Rios_ArianeGoim_M.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

ROCHA, P. C. *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, nº 1, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00192714.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

ROSATO, C. M. O acolhimento institucional de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas: violência estatal contemporânea. **Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress**. Florianópolis, p. 1-10, 2017. Disponível em: <[http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498508938\\_ARQUIVO\\_FG-Trabalhocompleto\(2017\).pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498508938_ARQUIVO_FG-Trabalhocompleto(2017).pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5º ed. Tradução: Daisy Vaz de Moraes. Revisão técnica: Ana Gracinda Queluz Garcia, Dirceu da Silva e Marcos Júlio. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, R. M. S.; GAVIOLI, A. Risco relacionado ao consumo de drogas de abuso em gestantes. **Revista Rene**, Fortaleza/CE, v. 18, nº 1, p. 35-42, jan./fev. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/18864/29597>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). Apresentação. In: BASTOS, F. I. BERTONI, N. (Orgs.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

SIMÕES, C. **Teoria & crítica dos direitos sociais**: o Estado social e o Estado democrático de direito. 1ª ed. Livro eletrônico – Kindle. São Paulo: Cortez, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação**. Documento científico. Rio de Janeiro: SBP, 2017. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Aleitamento\\_-\\_Uso\\_Medicam\\_durante\\_Amament.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_Uso_Medicam_durante_Amament.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2019.

TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TERRA, S. H. **Parecer Jurídico nº 27/98**. Assunto: Análise das competências do Assistente Social em relação aos parâmetros normativos previstos pelo art.59 da Lei 8662/93, que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional. São Paulo: material mimeografado, 13/09/2000.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL (TJRS). **Termo de Compromisso de Integração Operacional**. RS: TJRS, 2009.

WRONSKI, J. L. et al. Uso do crack na gestação: vivências de mulheres usuárias. **Revista de enfermagem UFPE (on-line)**, Recife, v. 10, nº 4, p. 1231-1239, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11108/12577>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

YIN, R. K. **Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim**. Tradução: Daniel Bueno. Revisão técnica: Dirceu da Silva. Livro eletrônico – Kindle. Porto Alegre: Penso, 2016.

VIEIRA, E. **A República Brasileira: 1951-2010: de Getúlio a Lula**. São Paulo: Cortez, 2015.

VIEIRA, E. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2007.

ZAVASCHI, M.L.S. *et al.* Socio-demographic and clinical characteristics of pregnant and puerperal crack/cocaine using women: preliminary data. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, Vol. 41, Nº 5, p. 121-3, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v41n5/0101-6083-rpc-41-5-0121.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2018.

## APÊNDICE 1

**Quadro 7** - Fluxo de atenção à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou *crack*/outras drogas e aos seus filhos RNs.

EIXO	DESCRIÇÃO
<p>BUSCA ATIVA E ABORDAGEM INICIAL (p. 9)</p>	<p>“Deve ser planejada e efetivada conjuntamente entre as áreas de Saúde e Assistência Social, uma ação de cuidado e proteção [...].</p> <p>“Deve ser desenvolvida uma estratégia de mapeamento conjunto dos territórios e locais onde se observa situações de necessidades de saúde e de proteção social decorrentes do uso de álcool e/ou <i>crack</i>/outras drogas.”</p> <p>“Preferencialmente, essa abordagem inicial deve ser realizada conjuntamente pelo Serviço Especializado em Abordagem Social da política de Assistência Social e pela Atenção Básica de Saúde (equipes da Estratégia de Saúde da Família ou equipes do consultório na rua, onde houver esses serviços).”</p> <p>“O trabalho conjunto visa o conhecimento da situação, identificação das principais demandas de cada mulher, criação de vínculo e relação de confiança entre as mulheres e os profissionais/serviços. Para tanto, faz-se necessário uma postura respeitosa dos profissionais e contatos frequentes.</p> <p>“A partir desse primeiro contato, se iniciará a atenção integral às mulheres, tanto no que se refere às demandas relacionadas à saúde, quanto à assistência social.”</p> <p>“Nos casos de impossibilidade de ação conjunta de abordagem inicial entre os profissionais da Assistência Social e da Saúde, é importante a criação de estratégias locais de articulação entre as duas políticas, de modo que os serviços não trabalhem de forma isolada, garantindo uma avaliação multiprofissional e interinstitucional visando a integralidade do cuidado.”</p>
<p>ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU USUÁRIAS DE ÁLCOOL E/OU <i>CRACK</i>/ OUTRAS DROGAS (p. 9-10)</p>	<p>“Na saúde, a atenção deve ser realizada na unidade básica de saúde e/ou no consultório na rua e deve garantir atenção integral às mulheres, com oferta de consulta ginecológica, atenção em saúde sexual e reprodutiva com orientações e oferta de métodos contraceptivos, dentre eles a anticoncepção de emergência. Também deve-se garantir a oferta de testes rápidos de HIV e Sífilis a fim de proporcionar diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e teste rápido de gravidez, assegurando o início do pré-natal o mais precocemente possível.”</p> <p>“Em relação às situações de violência sexual, é necessário garantir acolhida respeitosa, profilaxia pós-exposição e encaminhamento para serviço de referência, se desejado pela mulher. Cabe destacar que, de acordo com o ECA, são direitos fundamentais do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado, não sendo necessária a presença de um responsável legal durante a consulta.”</p> <p>“Deve-se considerar o encaminhamento/acompanhamento e articulação com o Centro de Atenção Psicossocial e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família, conforme cada caso. No que se refere aos CAPS AD é importante considerar que há previsão de um médico clínico em sua equipe que pode, junto com a equipe, potencializar as ações de cuidado integral e articulação do cuidado tanto no contexto na Atenção Básica quanto no âmbito hospitalar.”</p> <p>“A ausência de documentos não deve representar uma barreira de acesso para o cuidado, sendo necessária a discussão e articulação intersetorial para favorecer que as pessoas acessem todos os seus direitos.”</p> <p>“Na assistência social, o atendimento deverá, preferencialmente, ter como referência o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), e/ou o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) com atenção às situações de vulnerabilidade, risco e exclusão social a que está submetida essa parcela da população.”</p> <p>“As mulheres e suas famílias devem receber apoio, orientação e acompanhamento direcionados para a promoção de direitos, para a preservação e fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais.”</p>

	<p>“Deve-se atuar no fortalecimento e apoio às mulheres, diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam, buscando a resolução de necessidades identificadas e promovendo sua inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos.”</p> <p>“É importante garantir, ainda, atendimento e providências necessárias para a inclusão das mulheres e suas famílias em serviços socioassistenciais, benefícios e/ou em programas de transferência de renda, de forma a qualificar a intervenção e garantir seus direitos.”</p> <p>“O serviço deve articular-se com as atividades e atenções prestadas às mulheres e famílias nos demais serviços socioassistenciais, nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos do Sistema de Garantia e Defesa de Direitos.”</p>
GRAVIDEZ/PRÉ-NATAL (p. 10)	<p>“Na saúde, no acolhimento à mulher com teste/exame de gravidez positivo, deve-se considerar se esta gravidez é desejada ou indesejada e respeitar o desejo de escolha e autonomia das mulheres.”</p> <p>“No caso de gravidez indesejada, é importante identificar se esta resulta de violência sexual e garantir amparo legal no caso de desejo de interrupção da mesma.”</p> <p>“O acompanhamento pré-natal pode ser realizado pela UBS ou pela equipe de consultório na rua.”</p> <p>“Durante o pré-natal deve-se garantir a oferta dos exames preconizados, com resultado em tempo oportuno, vacinação e administração de medicamentos, caso necessário.”</p> <p>“Ainda, deve-se garantir a vinculação à maternidade de referência para o parto e/ou emergências obstétricas.”</p> <p>“Deve-se avaliar e classificar o risco da gestante e, de acordo com cada caso, encaminhar para serviço especializado de pré-natal de alto risco, articular com CAPS e NASF, acionar outros pontos da rede de saúde como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera ou Unidade de Acolhimento.”</p> <p>“Na assistência social, inicialmente, cabe destacar que a atenção à gestante em situação de risco social e/ou necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas ou situação de rua deve incluir, sempre que possível e com a concordância da mulher, sua família, de modo a ser incluída no acompanhamento. Tal ação visa contribuir para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, possibilitando a diminuição ou superação de comportamentos de risco, prevenindo situações de risco para a criança ao nascer e evitando-se, assim, a necessidade futura de acolhimento da criança.”</p> <p>“A atenção à família deve também, sempre que possível, buscar fortalecer/reconstruir os laços familiares e comunitários, de modo que a família extensa possa vir a apoiar a mulher também quando do nascimento da criança, propiciando a proteção, cuidado e afeto necessários ao recém-nascido.”</p> <p>“A atenção qualificada às mulheres e suas famílias exigem uma compreensão complexa da questão: julgamentos, culpabilizações e posturas moralistas devem ser evitadas.”</p>
NASCIMENTO E ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO (p. 11-12)	<p>“É importante que a mulher seja acolhida e acompanhada na maternidade por uma equipe multiprofissional.”</p> <p>“Durante o trabalho de parto, a mulher deve ter garantido o direito a acompanhante de sua livre escolha, a liberdade de movimentação e de escolher a posição mais confortável para parir e não deve permanecer em jejum prolongado ou ser submetida a intervenções desnecessárias. O cuidado deve ser prestado conforme diretrizes de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com ausculta dos batimentos cardíacos fetais e cuidados para garantir o bem-estar materno e fetal. Os cuidados ao recém-nascido também devem seguir as recomendações do protocolo específico do Ministério da Saúde de garantir o contato pele a pele, o clampeamento oportuno do cordão umbilical e a amamentação na primeira hora de vida (desde que não haja contra-indicação devido a existência de doenças transmitidas por meio do aleitamento).”</p> <p>“Deve-se garantir a alta responsável da criança, não devendo a mesma permanecer internada sem necessidade.”</p> <p>“Nos casos de prematuridade e/ou malformações, é importante que a criança seja acompanhada por um especialista.”</p> <p>“Sempre que possível, deve-se buscar respeitar o direito de escolha de ficar ou não com a criança, garantindo o amadurecimento e o apoio para a tomada de decisão a fim de que a mulher tenha clareza e certeza da mesma.”</p> <p>“Caso haja o desejo de ficar com a criança, deve-se avaliar quais condições que a mulher dispõe para ofertar o cuidado, proteção e afeto de que a criança necessita para seu bom desenvolvimento, preferencialmente com o apoio do pai da criança ou da família extensa na prestação desses cuidados.”</p> <p>“Na impossibilidade de a mãe prestar os cuidados necessários ao filho, ao passo que esta mãe também deve receber atenção e ter acesso aos serviços e programas disponíveis, deve ser verificada a possibilidade desse cuidado ser prestado na família extensa. Nesse caso, deve-se verificar a existência de</p>

	<p>peessoa da família extensa com condições e desejo de prestar tais cuidados (com o apoio, orientação e acompanhamento dos serviços que se fizerem necessários e, quando for o caso, com o recebimento de benefícios).”</p> <p>“Destaca-se que, sempre que possível, a identificação e acompanhamento da família extensa, bem como o fortalecimento do vínculo entre esta e a gestante deve ser iniciado pelo PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos) e/ou pelo PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento a Famílias e Indivíduos) e pelas equipes de Saúde da Família ou Consultório na Rua ainda durante o período de gestação.”</p> <p>“Quando se fizer necessário – nos casos em que houver avaliação técnica de que isso também representa o melhor interesse da criança - mãe e filho (a) podem ser encaminhadas a um serviço de acolhimento do SUS ou do SUAS que acompanhe ou compartilhe temporariamente com a mãe o cuidado à criança.”</p> <p>“Nos casos em que as necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas se mostrarem expressivas, a mulher deve ter garantido o direito ao acesso ao CAPS ou aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no município. A partir do acolhimento da usuária no CAPS e a pactuação de seu Projeto Terapêutico Singular com a equipe e seu técnico de referência, a Unidade de Acolhimento, que é um recurso dos CAPS, poderá ser acionada para o acolhimento transitório, cujo tempo de permanência será definido e avaliado pelos profissionais da equipe do CAPS responsáveis pelo Projeto Terapêutico Singular da usuária. Tal recurso deve ser adaptado ao atendimento de gestantes e/ou mães com recém-nascidos, contando também com apoio e orientação às mães no cuidado com os bebês. Durante esse período, as equipes da assistência Social devem atuar de forma articulada com a unidade de acolhimento no trabalho sociofamiliar junto à mulher e sua família, com vistas a possibilitar a reintegração familiar (caso seja o desejo da mulher) ou possibilidade de vida autônoma após o desligamento.”</p> <p>“Após o desligamento da unidade de acolhimento do SUS, deve-se avaliar as condições da mulher para cuidar da criança de forma autônoma ou com apoio da família extensa. Quando isso não for possível, mãe e bebê podem ser encaminhados a um serviço de acolhimento do SUAS para adultos e famílias, com metodologia específica para o fortalecimento de vínculos e orientação quanto à prestação de cuidado e proteção à criança. É importante que tal serviço conte com apoio da Rede de Atenção Psicossocial do SUS no acompanhamento à mãe, de acordo com as prerrogativas da atenção de base territorial e comunitária.”</p> <p>“Nos casos em que as necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas se mostrarem secundárias, a mulher e seu filho podem ser encaminhados diretamente ao serviço de acolhimento do SUAS, com acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.”</p> <p>“Em todos os casos, a UBS e/ou o consultório na rua devem acompanhar o crescimento/desenvolvimento da criança por meio de visitas institucionais ou domiciliares intensivas ou consultas periódicas, mantendo contato permanente com os serviços do SUAS que estiverem acompanhando a família.”</p> <p>“A oferta de serviços de saúde e/ou assistência social que acompanhem ou compartilhe com a mãe o cuidado à criança deve ser garantido pelos gestores, a fim de proporcionar, sempre que possível, o não rompimento dos vínculos familiares e garantir o cuidado e proteção que a criança necessita, prevenindo situações de abandono, negligência e violência em relação à criança.”</p> <p>“Cabe ressaltar a necessidade de avaliação técnica multisetorial prévia a qualquer decisão que implique medida de acolhimento, suspensão ou destituição do poder familiar. Tal avaliação deve ter por base um acompanhamento da família e a verificação da possibilidade ou não da mãe e/ou do pai e prover os cuidados, proteção e afeto que um recém-nascido necessita.”</p>
<p>ATENÇÃO ÀS MULHERES (p. 12)</p>	<p>“Na saúde, após o parto, a mulher deve receber orientações, apoio e avaliação em relação ao puerpério, planejamento sexual e reprodutivo e amamentação. A UBS e/ou o consultório na rua devem realizar consultas ou visitas que visem ao atendimento das necessidades de saúde da puérpera, dentre eles a oferta de métodos contraceptivos.”</p> <p>“Na assistência social, a mulher tem direito a continuar recebendo atendimento no CREAS (PAEFI), no CRAS (PAIF) ou no Centro Pop, a depender das particularidades de cada caso.”</p>

Fonte: BRASIL, 2016a, p. 9-12.