



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**CÁSSIA MARIA ROSATO**

**A VIDA DAS MULHERES INFAMES:** genealogia da moral de mulheres usuárias de  
drogas e/ou em situação de rua

Recife  
2018

CÁSSIA MARIA ROSATO

**A VIDA DAS MULHERES INFAMES:** genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho

Recife

2018

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

R789v Rosato, Cássia Maria.  
A vida das mulheres infames : genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua / Cássia Maria Rosato. – 2018.  
246 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-graduação em Psicologia, Recife, 2018.  
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Psicologia. 2. Biopolítica. 3. Mulheres – Uso de drogas. 4. Maternidade.  
5. Infância. I. Oliveira Filho, Pedro de (Orientador). II. Título

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2019-040)

**CÁSSIA MARIA ROSATO**

**A VIDA DAS MULHERES INFAMES:** genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovada em: 17/12/18.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho (Orientador)  
Universidade Federal de Campina Grande

---

Profa. Dra. Maria Lívia do Nascimento (Examinadora Externa)  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Alexandre Simão de Freitas (Examinador Externo)  
Centro de Educação – Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Jaileila de Araújo Menezes (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Karla Galvão Adrião (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

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

## AGRADECIMENTOS

Comecei o doutorado em 2014 com outras ideias em mente e um projeto de pesquisa bastante diferente do que veio a se constituir essa tese. Naquele momento, eu ainda estava muito atrelada aos direitos humanos, numa perspectiva universalista, e percebia como minha proposta inicial de pesquisa era um desdobramento mais refinado do que eu tinha elaborado na dissertação de mestrado.

Quando fiz o mestrado, não quis deixar de trabalhar. Entendia que a prática profissional era alimento e não mudei de ideia quando entrei no doutorado. A diferença é que eu havia mudado de lugar profissional: no mestrado, era psicóloga de uma ONG de direitos humanos e, no doutorado, já era professora num centro universitário do agreste pernambucano.

Coincidentemente (ou não), fui aprovada e nomeada como professora substituta na UFPE logo no início do primeiro semestre do doutorado. Eram dois sonhos se concretizando ao mesmo tempo, mas era humanamente impossível dar conta de ambos. Chamada à realidade, tive que escolher o doutorado e adiar o plano de dar aulas numa universidade pública. Não foi uma decisão fácil, mas era a decisão possível e razoável naquela ocasião.

Meus conflitos acadêmicos não acabaram, pois, embora gostasse do projeto que eu havia apresentado na seleção para ingresso no doutorado, algo me incomodava naquela proposta, sem que eu soubesse o que era. Resolvi deixar o curso do rio me levar, mergulhando nas disciplinas do doutorado, conhecendo outros projetos de pesquisas e reavaliando o meu. Foi quando uma colega muito querida da minha turma, Kátia, me encaminhou os anais de um congresso com um estudo que, segundo ela, tinha muito a ver com o que eu estava pesquisando. Ela estava certíssima. Li e, de imediato, me vi incomodada e com uma grande curiosidade de estudar aquele assunto. Era um pequeno resumo sobre o acolhimento institucional de bebês na capital capixaba. Incorporei-o no projeto de qualificação sem saber os desdobramentos daquilo. Kátia, meu muito obrigada!

Em 2015, engravidei (bem mais rápido do que eu podia sequer imaginar) e fui tomada pelo susto de ser mãe no meio do doutorado. Hoje, vejo que esse período de gravidez e licença-maternidade foi fundamental para maturar o que eu ainda estava gestando enquanto nova proposta de pesquisa. Passei pelo exame de qualificação barriguda e muito mais segura do que queria fazer no doutorado. Agradeço imensamente à banca que avaliou meu projeto de tese: Alexandre, Jaileila, Karla e Livia. As pontuações de vocês foram imprescindíveis para o desenvolvimento do meu caminho de pesquisa. Pude perceber a leitura atenta e precisa de quem se debruçou sobre um trabalho, procurando realmente aprimorá-lo. Retomando as

gravações do dia da qualificação e o projeto escrito com os comentários de vocês, posso dizer agora: o que vocês disseram e escreveram foi de suma importância para lapidar meu estudo!

Faço um agradecimento ainda mais especial para meu orientador, Pedro, que apesar da distância física, conseguiu fazer-se presente nesses quase cinco anos de estrada juntos. Fiquei triste quando soube que seria sua última orientanda na UFPE, mas ao mesmo tempo, me senti sortuda por ter tido a oportunidade de tê-lo como orientador: um espírito livre. Assim eram nossas orientações presenciais ou por telefone: conversas em que haviam verdadeiras trocas, risadas espontâneas, sem rodeios ou rebuscamentos acadêmicos. Grata pela leveza mestre!

Também não posso deixar de agradecer imensamente “minhas” interlocutoras de Belo Horizonte/MG e São Paulo que foram peças-chaves na produção dessa tese. Por razões óbvias, não posso nomeá-las, mas com certeza vocês se reconhecerão (assim sinceramente espero!) ao longo desse trabalho. Conhecer vocês – algumas pessoalmente e outras infelizmente não – e ter acesso as suas experiências foi fundamental para essa tese existir!

Do meu universo mais pessoal, agradeço ao Xando, por ser meu porto seguro, mesmo em águas turbulentas e aparentemente sem condições de navegação. Mesmo se dizendo ateu, tenta me tranquilizar com seu mantra profético “vai dar tudo certo”. Também quero agradecer minha filhota Leila que, no auge dos seus quase três anos, tem me ensinado todos os dias sobre os desafios da maternidade. Ela foi gestada e veio ao mundo durante esse doutorado. Tornar-se mãe constitui-se como uma experiência singular e isso aconteceu para mim juntamente com essa pesquisa sobre mães que querem mas que são impedidas de ser mães. Nesse sentido, mais do que realizar um estudo científico, percebo que vivenciei na pele essas histórias e relatos.

Finalmente, agradeço minha mãe, pesquisadora nata, com quem aprendi a ter essa curiosidade pelas coisas e pelo mundo. Se me enveredei pelo caminho acadêmico, sem dúvida, devo isso a ela. De um modo mais particular, por ter me apoiado e ajudado, especificamente nesse ano de 2018, quando saí de Recife/PE e voltei a morar em Campinas/SP, sua casa. Estar de volta ao lar materno e saber que minha pequena Leila estaria sob seus cuidados da avó não é apenas fonte de tranquilidade mas extremamente simbólico.

Vidas que são como se não tivessem existido, vidas que só sobrevivem do choque com um poder que não quis senão aniquilá-las, ou pelo menos apagá-las, vidas que só nos retornam pelo efeito de múltiplos acasos, eis aí as infâmias das quais eu quis, aqui, juntar alguns restos (FOUCAULT, 2006a, p. 210).

## RESUMO

A presente tese investigou o acolhimento institucional de bebês de mães que relatam fazer uso de substâncias psicoativas e/ou estão em situação de rua em Belo Horizonte/MG e no Estado de São Paulo. Trata-se de um fenômeno recente e ainda sem estudos científicos prévios, caracterizando-se, portanto, como uma pesquisa qualitativa e exploratória. O desenho metodológico constituiu-se pela análise de documentos públicos sobre o assunto e a realização de entrevistas com profissionais que acompanharam casos concretos de mulheres que não puderam exercer a maternidade por estar nessas condições de vulnerabilidade. Objetivamos identificar os mecanismos, as estratégias e os contextos que ensejaram a adoção desse tipo de prática, procurando descrever e problematizar as correlações de força que têm permitido a emergência desse tipo de experiência de exceção. Também visamos compreender os processos psicossociais e jurídicos pelos quais essa conduta se institucionaliza. Do ponto de vista teórico, as obras de Michel Foucault e Giorgio Agamben colaboraram na análise dos dados produzidos, especialmente os conceitos de biopolítica, governamentalidade e estado de exceção para entender as relações de poder, os jogos de produção de verdade e o exercício do poder soberano nessas práticas. Buscamos destacar *o que* tem ocorrido, *os modos* como têm se dado esse acolhimento institucional dito compulsório e os *porquês* desse tipo de prática. Os principais achados indicam que essas ações de controle dos corpos de mulheres e seus bebês possui um grau de seletividade, na medida em que apenas uma determinada população vulnerável tem vivenciado essa separação familiar abrupta. São situações limítrofes e extremas, gerando intenso sofrimento para essas mães, mas também para as equipes que acompanham o abrigo dos bebês. A lógica da disciplina se faz presente, na tentativa de instituir condutas profissionais de quem faz o atendimento direto dessas mulheres. Ao mesmo tempo, contracondutas e práticas de resistência são produzidas, questionando as imposições feitas. A judicialização dos casos dificulta a vida das famílias; os vínculos afetivos não se consolidam e a ausência de orientação jurídica compromete o direito à defesa dessas mães. Em relação aos *porquês*, a suposta proteção dos bebês tem sido uma das principais justificativas, por considerarem que existe uma situação de risco. Tendo em vista que nada ainda aconteceu em termos de concretização do risco, trata-se de algo presumido, sendo o histórico de vida dessas mulheres suficiente para determinar o abrigo. A racionalidade específica que tem sustentado essas práticas encontra-se revestida de questões morais e temas ainda considerados tabus em nossa sociedade. Compreendemos que o acolhimento institucional, nesse contexto, caracteriza-se como uma violação de direitos dos bebês e de

suas mães. Essa investigação permite a construção de novos posicionamentos e práticas no que diz respeito às noções de cuidado e tratamento de mulheres em condições de vulnerabilidade e seus bebês. Essa pesquisa também pode subsidiar o trabalho de profissionais que lidam com essa temática, contribuindo para a construção de reflexões acerca de como tal prática tem se instituído. Isso significa a qualificação dos trabalhos realizados junto às famílias, especialmente mulheres, que têm vivenciado tais arbitrariedades.

Palavras-chave: Acolhimento institucional. biopolítica. drogas. gênero. infância. maternidade.

## **ABSTRACT**

The institutional sheltering of babies whose mothers are psychoactive drug consumers or are homeless in the city of Belo Horizonte and in the Sao Paulo state was investigated. It is a recent problem with no previous scientific studies and the present work is therefore a qualitative and exploratory survey. The methodology comprised the analysis of public documents and interviews with professionals which followed cases of women that could not exert motherhood because of the vulnerability situation. Identification the mechanisms, the strategies and the context that allowed this practice and seeking to describe the forces that permitted the emergence of this type of experience was our goal. Also we attempted to understand the psychosocial and legal processes taken by the sheltering institution. To analyze the data, the works of Michel Foucault and Giorgio Agamben were employed, mainly the biopolitics, governability and state of exception concepts to understand the power relations, the true production play and the exercise of sovereign power in these practices. We emphasize what has been occurred, how this institutional sheltering called compulsory has been carried out and the reasons of this type of practice. The major findings indicate that the actions of controlling the women body and their babies posses a degree of selectivity as only part of a certain vulnerable population experience an abrupt familiar split. These situations are extremes, generating intense suffering to the mothers as well for the team that are in charge of the babies. We verified that the logic of discipline is made present in an attempt to introduce professional guidance to perform the direct attendance of these women. At the same time, drawbacks and resistance practices are produced questioning the impositions made. The legalization of the cases brings difficulties to the families: the bondages are not consolidated and the lack of legal guidance compromises the defense right of these women. Related to the “why”, the presumed baby protection has been one the major justification since there is a risk situation. Considering that nothing really happened it is something assumed and the background of these women are sufficient to determine the sheltering. The specific rational sustaining these practices includes moral issues and themes considered taboos in our society. We understand that the institutional sheltering with these characteristics is a violation of children’s and women’s rights. The present investigation permits the construction of new positioning and practices in respect of women care in vulnerability conditions and their babies. Also it can subsidize professionals in this area contributing for the reflections about how this conduct has been institutionalized. These attitudes could stand for the qualifications of the work with the families, specially women that experience such arbitrariness.

Keywords: Biopolitics. childhood. drugs. gender. maternity. shelter.

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 - Levantamento bibliográfico de artigos sobre maternidade e drogas.....                                                                                                                                            | 21  |
| Quadro 2 - Caracterização das entrevistadas do Estado de São Paulo .....                                                                                                                                                    | 106 |
| Quadro 3 - Caracterização das entrevistadas de Belo Horizonte/MG .....                                                                                                                                                      | 108 |
| Quadro 4 - Lista de documentos locais (de Belo Horizonte) e nacionais que abordam a prática do acolhimento institucional de bebês e os encaminhamentos às mulheres que fazem uso de SPA e /ou estão em situação de rua..... | 113 |
| Quadro 5 - Número de bebês acolhidos por ano, em Belo Horizonte/MG .....                                                                                                                                                    | 155 |
| Quadro 6 - Lista de documentos locais (de SP) e nacionais que abordam a prática do acolhimento institucional de bebês e os encaminhamentos às mulheres que fazem uso de SPA e/ou estão em situação de rua.....              | 172 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |                                                                            |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|
| ABRAPSO | Associação Brasileira de Psicologia Social                                 |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial                                             |
| CAPSad  | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas                      |
| CAPSij  | Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil                             |
| CEBRID  | Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas                |
| CERSAM  | Centro de Referência em Saúde Mental                                       |
| CFESS   | Conselho Federal de Serviço Social                                         |
| CLADEM  | Comitê Latinoamericano e do Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente                 |
| CMDCA   | Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente                 |
| CMS     | Conselho Municipal de Saúde                                                |
| CnaR    | Consultório na Rua                                                         |
| CdeR    | Consultório de Rua                                                         |
| CFP     | Conselho Federal de Psicologia                                             |
| CNJ     | Conselho Nacional de Justiça                                               |
| CNS     | Conselho Nacional de Saúde                                                 |
| CRAS    | Centro de Referência da Assistência Social                                 |
| CREAS   | Centro de Referência Especializado da Assistência Social                   |
| CRESS   | Conselho Regional de Serviço Social                                        |
| CRP     | Conselho Regional de Psicologia                                            |
| ECA     | Estatuto da Criança e do Adolescente                                       |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco                                        |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                            |
| IPEA    | Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas                                |
| MPE     | Ministério Público Estadual                                                |
| MDS     | Ministério do Desenvolvimento Social                                       |
| MS      | Ministério da Saúde                                                        |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde                                               |
| ONG     | Organização Não-Governamental                                              |
| ONU     | Organização das Nações Unidas                                              |
| OSCIP   | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público                        |

|         |                                                 |
|---------|-------------------------------------------------|
| PAISM   | Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher |
| PIA     | Plano individual de atendimento                 |
| RD      | Redução de danos                                |
| SCIELO  | Scientific Electronic Library Online            |
| SES     | Secretaria Estadual de Saúde                    |
| SPA     | Substância psicoativa                           |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                          |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido      |
| TJ      | Tribunal de Justiça                             |
| UFMG    | Universidade Federal de Minas Gerais            |
| UFPE    | Universidade Federal de Pernambuco              |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo               |
| USP     | Universidade de São Paulo                       |
| VIIJ    | Vara de Infância e Juventude                    |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                                 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                                                                       | <b>17</b>  |
| <b>2 O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE BEBÊS, FILHAS/OS DE MÃES<br/>USUÁRIAS DE DROGAS E/OU EM SITUAÇÃO DE RUA: que história é essa? ....</b>                                      | <b>28</b>  |
| 2.1 O que está em jogo no acolhimento institucional de bebês: algumas pistas históricas sobre<br>o lugar das mulheres, seus bebês e suas repercussões na contemporaneidade..... | 32         |
| 2.2 Maternidade e políticas públicas: a gestão do corpo das mulheres e os direitos<br>reprodutivos.....                                                                         | 40         |
| 2.3 O uso de substâncias psicoativas, a situação de rua e as questões de gênero: aspectos<br>históricos e tendências atuais .....                                               | 46         |
| <b>3 JUDICIALIZAÇÃO DA VIDA NA CONTEMPORANEIDADE: terceirizando<br/>conflitos e ampliando o poder punitivo .....</b>                                                            | <b>60</b>  |
| 3.1 Infâncias em perigo e famílias perigosas: o trabalho social e o cenário do acolhimento<br>institucional no Brasil.....                                                      | 66         |
| 3.2 Como as práticas <i>psis</i> se inserem no acolhimento institucional e junto às famílias:<br>produções, possibilidades e desafios .....                                     | 76         |
| 3.3 Governamentalidade e biopolítica: gestão e governo das populações vulneráveis.....                                                                                          | 84         |
| 3.4 Experiência de exceção e vidas nuas: o que o caso particular revela? .....                                                                                                  | 90         |
| <b>4 PERCORRENDO A REDE: a complexidade do cenário sociojurídico envolvendo<br/>assistência social, saúde e justiça na cena do acolhimento institucional de bebês.....</b>      | <b>98</b>  |
| 4.1 Inspirações metodológicas: uma investigação genealógica .....                                                                                                               | 101        |
| 4.2 Abrindo o campo: investigando, sensibilizando e entrevistando mulheres sobre outras<br>mulheres .....                                                                       | 103        |
| <b>5 O CASO DE BELO HORIZONTE (BH): “é uma portaria, ele não é o rei, não é lei”</b>                                                                                            | <b>112</b> |
| 5.1 O “sequestro de bebês” na capital mineira: o que os documentos dizem sobre as mulheres<br>mães que usam substâncias psicoativas e/ou estão em situação de rua.....          | 112        |
| 5.2 Cena I – 2014: Primeiras resistências frente à irrupção soberana .....                                                                                                      | 125        |
| 5.3 Cena II - 2015: “A Filomena brasileira é preta e pobre” .....                                                                                                               | 130        |
| 5.4 Cena III – 2016: Acirrando a batalha .....                                                                                                                                  | 142        |

|          |                                                                                                                                                                                        |            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.5      | Cena IV – 2017: “Existe uma escolha ideológica que define quem tem direito de ser mãe”                                                                                                 | 146        |
| 5.6      | Cena V – 2018: A dispersão do acolhimento institucional de bebês .....                                                                                                                 | 154        |
| 5.7      | Os casos: os números, as dispersões e as descrições.....                                                                                                                               | 155        |
| 5.8      | Analisando essas práticas de acolhimento institucional em BH: continuidades, rupturas e resistências.....                                                                              | 161        |
| <b>6</b> | <b>OS RASTROS DO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE BEBÊS EM SÃO PAULO (SP): “é uma coisa que ninguém quer discutir direito, você discute os casos isolados” .....</b>                       | <b>171</b> |
| 6.1      | O que os documentos dizem sobre essas mulheres e seus bebês .....                                                                                                                      | 172        |
| 6.2      | O que as entrevistadas dizem sobre essas mulheres e seus bebês .....                                                                                                                   | 184        |
| 6.2.1    | <i>A polaridade “A saúde não pode correr o risco desse bebê morrer na mão dessa mulher” X “A gente não pode decidir por ela”: as práticas em SP na visão de quem atua na saúde....</i> | <i>185</i> |
| 6.2.2    | <i>As Psicologias no Judiciário paulista: entre continuidades, moralidades e possibilidades.</i>                                                                                       | <i>201</i> |
| 6.2.3    | <i>Analisando as práticas na visão de quem atua na defesa dessas mulheres: “Ou você adere ou você vai ter seu filho roubado oficialmente” .....</i>                                    | <i>207</i> |
| 6.3      | Breves notas sobre a realidade paulista .....                                                                                                                                          | 226        |
| <b>7</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                                                                       | <b>228</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                                                                                                               | <b>232</b> |
|          | <b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>                                                                                                             | <b>243</b> |
|          | <b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS .....</b>                                                                                                                      | <b>245</b> |
|          | <b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE.....</b>                                                                                                                   | <b>246</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

*“Calar as mulheres. Civilizá-las. Ensiná-las a ler. Mas o imaginário feminino se esquivava, recusa-se a se deixar colonizar pela via da ciência e da razão.”*

*MICHELLE PERROT – Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros*

O primeiro contato com essa história que iremos contar se deu por meio de um relato sobre o acolhimento institucional de bebês, filhas/os de mães usuárias de substâncias psicoativas (SPA) e/ou em situação de rua que estava acontecendo na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, em 2015. Nessa ocasião, lemos um trabalho publicado nos anais de uma jornada científica de assistentes sociais e psicólogas/os do Poder Judiciário do referido Estado. Esse estudo descrevia a situação de bebês acolhidos, desde 2010, quando a Promotoria de Infância e Juventude do Ministério Público do Estado do Espírito Santo produziu um documento que ficou conhecido como Carta Recomendatória e foi enviado aos conselhos tutelares, hospitais e maternidades da cidade. Essa Carta produziu um aumento significativo dos casos de acolhimento institucional de bebês, em sua grande maioria, oriundos de famílias pobres e periféricas, principalmente no período de 2010 a 2012 enquanto vigorou esse documento. Nesse documento, estão as seguintes recomendações:

- 1 - adotar as providências necessárias para impedir que no estabelecimento hospitalar que dirige ocorra a entrega de recém nascidos para genitora que apresentar qualquer indício de dependência química;
- 2- comunicar todos os casos em que a parturiente apresentar sintomas de dependência química incontinente ao Conselho Tutelar do município, e a esta Promotoria de Justiça da Infância e Juventude;
- 3 – quando de alta médica de recém-nascido cuja genitora seja dependente química autorizar sua saída para acolhimento institucional, sob responsabilidade do Conselho Tutelar de Vitória ao qual será entregue a 2ª Via da Declaração de Nascido Vivo (LOPES, 2015, p. 264).

O conteúdo dessas recomendações nos chamou a atenção, especialmente pelo caráter discriminatório e violador de direitos, na medida em que informa aos responsáveis pelas instituições de saúde que não entreguem os bebês às mães que apresentem “qualquer indício de dependência química”. Ao mesmo tempo, também pede que todos os casos dessa ordem sejam reportados ao Ministério Público e Conselho Tutelar, evidentemente com o objetivo de controle do que tem sido feito com essas gestantes e seus respectivos bebês. Como forma de garantir que essas mães não ficassem com seus filhos, a notificação recomendatória

determinava como deveria ser a saída dessa mulher do hospital e/ou maternidade, isto é, sem seu filho. Isso porque a declaração de nascido vivo deveria estar sob posse do Conselho Tutelar para que fosse feito o acolhimento institucional do bebê.

Ainda de acordo com Lopes (2015), essa nota recomendatória vigorou até novembro de 2012 quando houve um processo de resistência deflagrado por uma mãe que questionou tal prática. No entanto, a autora infere que a suspensão de tal documento não significa necessariamente a extinção do acolhimento compulsório de bebês. Sabemos que um determinado procedimento não deixa de ser realizado, se as pessoas e instituições envolvidas têm interesse na manutenção do mesmo.

Esse relato nos impressionou, levando-nos a realizar uma breve pesquisa na *internet* para identificar se essa seria uma prática também realizada em outras localidades do país. Rapidamente, identificamos, por meio de notícias jornalísticas, que isso também já estava ocorrendo na cidade de Bauru, interior do Estado de São Paulo. Essa informação será aprofundada no capítulo analítico que trata de São Paulo.

Prática análoga também já estava em curso na capital mineira, Belo Horizonte, por meio de duas recomendações da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte, de junho e agosto de 2014, respectivamente. Em ambas recomendações, há a seguinte instrução: *“que os casos de negligência ou maus-tratos ao nascituro ou ao recém-nascido, bem como os casos de mães usuárias de substâncias entorpecentes sejam comunicados à Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte”*. Na recomendação nº 5, a orientação continua: *“para decisão sobre o acolhimento ou entrega do/a recém-nascido/a à família de origem ou extensa”* (p. 5).

Em pouco tempo, localizamos mais duas situações similares sendo praticadas regularmente e publicamente, envolvendo mulheres grávidas, a questão do uso/abuso de SPA e o acolhimento institucional desses bebês pelo Estado. Aqui, nos referimos ao Estado enquanto Poder Executivo e Judiciário, destacando sua articulação com outros órgãos como, por exemplo, os conselhos tutelares e as entidades de acolhimento que podem ser estatais ou mesmo instituições privadas conveniadas com o Estado.

Esse fenômeno nos inquietou profundamente, levando-nos a desejar pesquisar a retirada abrupta desses bebês de suas mães, sobretudo pelo seu caráter estatal e arbitrário. O Estado que deveria proteger e zelar por essas famílias torna-se o principal agente responsável por separar os bebês de suas mães. Nesse sentido, compreendemos esse estudo também como um instrumento que busca dar visibilidade a uma prática pouco conhecida e debatida. Isso se confirmou, notadamente, ao longo da investigação porque, ao mencionar sobre o acolhimento

institucional de bebês, observamos que esse fenômeno não era conhecido nem nos espaços acadêmicos nem em espaços profissionais e sociais.

Nesse sentido, nosso objetivo geral foi investigar como tem se dado o acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de drogas e/ou em situação de rua, enquanto uma experiência de exceção, entendendo-o como práticas que vão na contramão de conquistas legislativas e avanços políticos e que passam a representar retrocessos autoritários. Do ponto de vista mais específico, visamos: 1) Identificar e analisar as estratégias utilizadas para justificar o acolhimento de bebês, filhos/as de mães usuárias de drogas; 2) Descrever as construções e relações de força que têm permitido a emergência dessa experiência de exceção e, por fim, 3) Compreender os processos psicossociais e jurídicos pelos quais essa experiência de exceção se institucionaliza, assim como as contracondutas produzidas nesses contextos.

Do ponto de vista da produção científica, realizamos um levantamento bibliográfico do nosso objeto de pesquisa na base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) para mapear como se encontra atualmente o debate em torno do acolhimento institucional de bebês de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua. Para tanto, inicialmente, utilizamos o descritor “acolhimento institucional de bebês”, mas não identificamos nenhuma produção científica sobre o assunto. Fazendo a pesquisa com as palavras separadamente, ou seja, “acolhimento”, “institucional” e “bebês”, apareceram dois artigos indexados, tendo os seguintes títulos: “A (in)visibilidade dos bebês na discussão sobre acolhimento institucional” (MOURA; AMORIM, 2013) e “Apoio e acolhimento à mulher que se torna mãe: uma escuta psicanalítica” (PRATA; CINTRA, 2017). Considerando a escassez de material sobre esse tema especificamente, procedemos a leitura de ambos os artigos para vislumbrar como se tem discutido essa questão.

Sucintamente, o primeiro artigo faz uma revisão da literatura nacional e internacional sobre o acolhimento institucional de bebês, disparando o seguinte questionamento:

Se falar de crianças em abrigos é tratar de crianças que sofrem invisibilidade social, o que dizer dos bebês abrigados que, em relação às crianças maiores e aos adolescentes, pouco aparecem, inclusive nos próprios manuais e trabalhos no campo do acolhimento infantil? (MOURA; AMORIM, 2013, p. 238).

Nessa revisão de literatura nacional, as autoras não encontraram nenhum artigo que falasse sobre o acolhimento institucional de bebês. Já em nível internacional foram encontrados diferentes produções científicas, assim como distintas maneiras de nomear a situação de crianças que estão afastadas de suas famílias de origem. Dessa maneira, de modo

exemplificativo, temos “foster home”, “out of home”, “kinship care”, “treatment foster care”, “residential/group care”, “emergency care” e “shared family care” como algumas expressões que descrevem as modalidades de encaminhamento de crianças que não ficam com suas respectivas famílias<sup>1</sup>.

Um elemento que as autoras trouxeram, no cenário internacional, que tem relação com nossa investigação refere-se a mães que fazem uso de SPA durante a gravidez e as possíveis consequências no processo de maternagem:

A década de 1990 foi o período em que mais pesquisas foram realizadas no âmbito da drogadição, tendo como tema principal os efeitos do uso de cocaína para o desenvolvimento de crianças abrigadas que haviam sido expostas à droga desde a vida intrauterina. Nestes estudos observa-se com frequência a utilização de instrumentos padronizados de avaliação do desenvolvimento. Há artigos que discutem os programas de intervenção com as mães e de prevenção com bebês, a necessidade de afastá-los durante o período de reabilitação química da mãe, além de critérios de decisão sobre acolhimento de crianças expostas à cocaína. Por fim, houve os que tratavam da qualidade do apego, apego inseguro e níveis de desorganização de bebês acolhidos que haviam sido expostos a drogas (MOURA e AMORIM, 2013, p. 240).

A conclusão das autoras sinaliza a invisibilidade dos bebês na discussão sobre acolhimento institucional, além do descaso das políticas públicas no sentido de atentar para esse público. Há pouco investimento no campo da educação na faixa etária de zero a seis anos, predominando rotinas empobrecidas e com pouca estimulação do desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo desse público.

Um aspecto que, à primeira vista, pode parecer apenas linguístico-gramatical, mas que revela possíveis impasses diz respeito ao nome dado para esse fenômeno. No Brasil, até o final da vigência do Código de Menores (BRASIL, 1979), falava-se em abrigos, orfanatos e abrigamento como sendo, respectivamente, as instituições e a condição em que as crianças passavam a estar inseridas. Com o advento do ECA e da Lei nº. 12.010 de 2009, dentro do novo paradigma da infância e juventude, foram adotadas novas nomenclaturas, substituindo os antigos abrigos por acolhimento institucional, enquanto medida de proteção para casos de violação de direitos. Porém, observamos como a linguagem falada e escrita ainda remonta às antigas referências, indicando que talvez a lógica dos abrigos não tenha sido superada.

---

<sup>1</sup> Para um maior aprofundamento sobre a literatura internacional, ver MOURA, Gabriella Garcia; AMORIM, Kátia Souza. A (in)visibilidade dos bebês na discussão sobre acolhimento institucional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 235-245, abr./jun., 2013.

Assim, podemos reconhecer como o tema do acolhimento institucional de bebês está poucoíssimo presente no circuito acadêmico, em nosso país. Se formos aliar esse assunto à condição de mulheres que fazem uso de drogas e/ou estão em situação de rua, as dificuldades aumentam, não resultando em nenhuma produção científica, levando-nos à conclusão de que se trata de um tema inédito, ao menos na perspectiva acadêmica.

Ampliando as buscas de documentos sobre esse assunto na *internet*, decidimos realizar um segundo levantamento bibliográfico com outro bloco de descritores: maternidade, drogas e bebês. Identificamos apenas um artigo intitulado “Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil” (CHALEM et al., 2007). Em função da insuficiência de materiais e entendendo que o único artigo encontrado não condizia com nossa problemática de pesquisa, expandimos a busca, usando apenas os descritores “maternidade” e “drogas”. Esse levantamento nos apresentou 34 (trinta e quatro) artigos em diferentes áreas do conhecimento. A partir da leitura dos resumos, identificamos que 27 desses artigos estão dentro de revistas científicas de especialidades médicas, tais como: ginecologia, obstetrícia, pediatria, reumatologia, ortopedia, dentre outras subáreas, não sendo incluídos para a presente discussão pelo nível de especificidade que apresentam.

Os sete artigos restantes estão assim classificados, conforme o quadro 1 abaixo: três do campo da Enfermagem, um da Saúde Pública, dois da Psicologia e um da Psiquiatria. Tendo em vista que estamos investigando um fenômeno interdisciplinar e que se encontra na intercessão entre diferentes áreas científicas, ponderamos a importância de ler esses artigos para compreender quais questões têm sido mais preponderantes envolvendo maternidade e drogas nesses respectivos campos do conhecimento.

Quadro 1 - Levantamento bibliográfico de artigos sobre maternidade e drogas

|   | Área       | Revista                        | Título                                                                                                        | Autor/a                                                                                                                                                                                 | Ano  |
|---|------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1 | Enfermagem | Revista<br>Escola Anna<br>Nery | O perfil das puérperas<br>adolescente atendidas em<br>uma maternidade de<br>referência de Fortaleza,<br>Ceará | Náira de Oliveira Caminha<br>Deise Maria do Nascimento<br>Sousa, Lydia Vieira Freitas,<br>Ana Kelve de Castro<br>Damasceno,<br>Camila Chaves da Costa e<br>Raquel Ferreira Gomes Brasil | 2012 |
|   |            |                                |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                         |      |

|   |               |                                             |                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |      |
|---|---------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2 | Enfermagem    | Revista Latinoamericana de Enfermagem       | Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) – papel maternal                                                  | Sueli Aparecida Frari Galera, María Carmen Bernal Roldán e Beverley O’Brien                                                                              | 2005 |
| 3 | Enfermagem    | Revista Brasileira de Enfermagem            | Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras                                        | Andreia Silva Rodrigues, Jeane Freitas de Oliveira, Cleuma Sueli Santos Suto, Maria da Penha de Lima Coutinho, Mirian Santos Paiva e Simone Santos Souza | 2017 |
| 4 | Psicologia    | Psicologia: Reflexão e Crítica              | Percursos da gravidez na adolescência: estudo longitudinal após uma década da gestação.                                | Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro                                                                                                                   | 2010 |
| 5 | Psicologia    | Psicologia USP                              | Psicanálise e a escrita da emancipação: discussão entre Deleuze e Joel Birman                                          | Rogério Lustosa Bastos                                                                                                                                   | 2013 |
| 6 | Psiquiatria   | Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul | Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática da literatura                                            | Anne Lise Sandoval, Silveira Scappaticci e Sergio Luis Blay                                                                                              | 2010 |
| 7 | Saúde Pública | Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro   | Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil | Elisa Chalem, Sandro Sendin Mitsuhiro, Cleusa P. Ferri, Marina Carvalho Moraes Barros, Ruth Guinsburg e Ronaldo Laranjeira                               | 2007 |

Na área de Enfermagem, o artigo *“O perfil das puérperas adolescente atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza, Ceará”* retrata uma pesquisa quantitativa realizada com 200 (duzentas) puérperas adolescentes numa maternidade de Fortaleza, no Ceará, no ano de 2009, com idades entre 12 e 19 anos. No que tange à questão do uso de drogas, constava no questionário que foi respondido pelas jovens, no item “hábitos”, as

seguintes opções e as respectivas porcentagens de ocorrências: fumo (6%); álcool (5%); fumo e álcool (4,5%); fumo e drogas (0,5%); fumo, álcool e drogas (1,5%) e nenhum (82,5%). Uma maior frequência de uso de drogas lícitas já era esperada, na medida em que são SPA mais socialmente aceitas, no entanto, chama a atenção como a grande maioria nega qualquer uso de drogas. Ao mesmo tempo, apenas a simples menção da palavra “drogas” de modo genérico não colabora para descrever quais outras drogas essas jovens possivelmente estariam usando.

Já o artigo também da área de Enfermagem intitulado *“Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) – papel maternal”* realizou um estudo etnográfico com mulheres em tratamento de saúde por uso de SPA que têm filhos pequenos, visando investigar o papel materno, a partir de suas crenças, percepções e atitudes. Aspectos como o histórico do uso de drogas, a vida familiar, a afetividade e o lugar da maternidade foram investigados junto às entrevistadas. Chamou a atenção das autoras a questão da violência vivenciada pelas mulheres, seja como observadoras ou como vítimas.

O último artigo da área de Enfermagem analisado que tem o título *“Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras”* relata uma pesquisa qualitativa com enfermeiras de uma maternidade pública de Salvador, na Bahia, no ano de 2015. A partir da expressão “cuidado à mulher usuária de drogas”, foi solicitado que as profissionais verbalizassem, por meio da associação livre, o que pensavam sobre esse assunto. As categorias de análise foram em torno dos principais núcleos de sentido que emergiram no relato das enfermeiras: “apoio”, “despreparo e difícil” e “medo e preconceito”. Os principais achados do estudo indicam que as representações sociais das enfermeiras revelam conflitos, envolvendo aspectos sociais e culturais em torno da questão das drogas e o cuidado demandado a saúde de mulheres usuárias de drogas. Podemos perceber como a temática das drogas apresenta tensões, na medida em que as enfermeiras entrevistadas reconhecem a importância do apoio a essa mulher que usa SPA, mas, ao mesmo tempo, também se dão conta das dificuldades, do despreparo e o quanto isso envolve medo e preconceito.

Em relação ao artigo de Psicologia *“Percursos da gravidez na adolescência: estudo longitudinal após uma década da gestação”*, oito mães e seus respectivos filhos foram estudados em três momentos distintos da vida, desde a gravidez. No primeiro momento de pesquisa, essas mulheres ainda eram adolescentes em 1997, depois foram entrevistadas novamente após três anos e, finalmente, em 2007, quando seus filhos já tinham por volta de dez anos. A única menção à questão do uso de drogas diz respeito ao fato das adolescentes terem apontado a diminuição do uso/abuso de drogas, situação que se manteve nas duas etapas posteriores da pesquisa. A exceção disso foi apenas o caso de uma mulher que, na

última fase da investigação, grávida do quinto filho e com o companheiro preso, indicava uso abusivo de tabaco e maconha.

No que diz respeito ao artigo *“Psicanálise e a escrita da emancipação: discussão entre Deleuze e Joel Birman”*, trata-se de um estudo exclusivamente teórico que vai abordar a questão do feminino, da escrita e da criação a partir dos dois autores mencionados no título. As drogas aparecem como um aspecto social mais amplo, na perspectiva do seu consumo como uma solução imediatista. Não há qualquer menção sobre mulheres e o uso de SPA.

Já o único artigo de Psiquiatria, indexado nesse levantamento, tem o título de *“Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática da literatura”* que faz uma ampla busca de estudos epidemiológicos sobre essa temática na literatura nacional e internacional. Em relação ao uso de SPA por essas mães adolescentes, os autores descrevem alguns aspectos interessantes que colaboram para o entendimento do nosso objeto de pesquisa: o uso de SPA, no último mês de gravidez, contribuiu para que as mulheres perdessem a custódia dos seus filhos; mães que não perderam seus filhos ficaram menos tempo em situação de rua e a estabilidade familiar e a renda são reduzidas quando essas mães perdem a guarda legal dos seus filhos.

De acordo com a maioria dos estudos analisados nessa revisão sistemática, no caso de gestantes e mães que fazem uso de SPA, uma das conclusões é que a estadia em um abrigo temporário parece ser necessária por um período de tempo para a formação de um vínculo entre as jovens mães e seus filhos. Em uma das pesquisas, há a seguinte descrição: *“Rubin afirma que uma mulher pode dar à luz uma criança, mas ela não se torna mãe sozinha. Ela precisa de um sistema de apoio social para ajudá-la a realizar a tarefa da maternidade”* (SANDOVAL; BLAY, 2010, p. 14).

Os principais resultados dessa revisão da literatura assinalam que as mães adolescentes de rua têm grande exposição à violência, abuso de drogas, problemas de saúde física e mental. Os autores sinalizam que mais estudos centrados no estigma e em intervenções junto à esse grupo de mulheres são necessários, especialmente porque a maioria dos artigos analisados são dos Estados Unidos, havendo uma escassez de estudos brasileiros sobre a temática.

Por fim, o último artigo lido enquadra-se no campo da Saúde Pública e se chama *“Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil”*. Trata-se de um estudo feito com mil adolescentes numa maternidade de referência da capital paulista, durante os anos de 2001 e 2002, que entraram

no serviço para parir ou para realizar curetagem pós-abortamento. A idade das entrevistadas variou dos 11 aos 19 anos.

No que se refere aos hábitos e/ou uso de drogas lícitas durante a gestação, 173 adolescentes (17,3%) relataram fumar em média cinco cigarros por dia. Em relação ao consumo de álcool, 266 adolescentes (26,6%) admitiram ter ingerido, pelo menos em uma ocasião durante a gestação, sendo 28 (2,8%) de forma abusiva. No que diz respeito às outras drogas (maconha, cocaína), 17 (1,7%) admitiram ter usado durante a gestação e seis (0,6%) destas relataram uso de droga injetável. Um aspecto também mensurado nessa pesquisa diz respeito ao fato dos parceiros dessas jovens serem usuários de droga injetável, havendo essa realidade com 24 entrevistadas (2,4%) (CHALEM et al., 2007).

Podemos perceber como o relato de uso de SPA lícitas é significativamente superior ao estudo mencionado anteriormente realizado também com adolescentes, mas numa capital do nordeste brasileiro. Já em relação à drogas ilícitas, os dados obtidos em ambas as pesquisas se assemelham, entretanto, não tivemos acesso aos instrumentos aplicados para saber como essa questão foi abordada junto às jovens. Como já problematizado antes, a palavra “drogas” sem a descrição de diferentes SPA não possibilita que os distintos usos sejam referenciados, contribuindo para que essa informação não seja relatada adequadamente.

Esses dois breves levantamentos bibliográficos mostram como ainda inexistem estudos sobre o acolhimento institucional de bebês, sendo as crianças e adolescentes os principais públicos alvo desses estudos quando se discute a questão do abrigo. Além disso, também ficou evidenciado como a questão da maternidade e o uso de drogas está circunscrita à área biomédica, havendo poucos estudos psicossociais que abordem outros aspectos que envolvem mulheres, uso de SPA e o exercício da maternagem. Não podemos deixar de mencionar o fato de que mais da metade dos artigos desse segundo levantamento focou a adolescência, de modo mais preponderante a ocorrência da gravidez e, secundariamente, a situação de rua. Dessa maneira, não identificamos nenhum estudo que abordasse o uso de SPA por mulheres e o acolhimento institucional de seus filhos, em função dessa problemática.

Saindo do universo científico, também investigamos documentos oficiais normativos e jurídicos que tratam do nosso objeto de pesquisa, na medida em que são regramentos responsáveis por instituir ou questionar essa prática que estamos estudando. Dessa forma, identificamos 27 documentos de autoria institucional, de todo o país, que versavam diretamente sobre a questão do acolhimento institucional e os encaminhamentos dispensados

às mulheres que fazem uso de SPA e/ou estão em situação de rua na condição de gestantes e/ou mães.

Esses materiais estão listados em tabelas, contendo data, autoria, assunto principal e localidade, e foram analisados de modo pormenorizado juntamente com as entrevistas feitas. Entendemos ser mais interessante analisar conjuntamente cada realidade investigada (Belo Horizonte e São Paulo), a partir dos documentos públicos e relato das profissionais entrevistadas, sem separá-los. Consideramos que esses elementos devem ser colocados em análise de modo articulado, correlacionando normas, procedimentos, discursos, técnicas e práticas adotadas nas localidades estudadas.

Também pudemos identificar matérias jornalísticas e notícias da imprensa alternativa que abordam o fenômeno que estamos pesquisando, por meio de casos, situações e denúncias dos acontecimentos vivenciados em diferentes partes do país. Tais fontes serão igualmente apreciadas no nosso processo de análise, na medida em que podem sinalizar dissensos, lacunas, linhas de fuga e brechas no contexto do que já está instituído sobre essa temática.

Essa tese foi organizada em seis capítulos que detalhamos a seguir: o capítulo 1 introduz o tema da pesquisa e as principais características do fenômeno que investigamos.

O capítulo 2 apresenta algumas pistas históricas relacionadas à maternidade, aos bebês, ao lugar das mulheres e seus filhos nos contextos familiares, para chegar até os dias atuais, em termos de políticas públicas. Também discute gênero, uso de SPA e pessoas em situação de rua, apresentando os desafios, as especificidades e as tensões que estão colocadas nesse campo.

Já o capítulo 3 trata da questão da judicialização da vida e suas repercussões na infância e junto às famílias vulneráveis. As práticas psicológicas são abordadas, objetivando descrever como a Psicologia se insere nesse contexto do acolhimento institucional. Do ponto de vista teórico, trazemos os conceitos de governamentalidade e biopolítica de Michel Foucault e estado de exceção de Giorgio Agamben para compreender essa problemática.

Na sequência, o capítulo 4, trazemos nosso percurso metodológico, descrevendo o cenário do nosso objeto de pesquisa que envolve assistência social, justiça e saúde. Também relatamos nossas inspirações metodológicas e o caminho construído para chegar até os documentos levantados e as profissionais que entrevistamos.

O capítulo 5, por sua vez, contém uma discussão mais pormenorizada de como o fenômeno está caracterizado em Belo Horizonte/MG, analisando as relações de poder e os jogos de verdade produzidos localmente e como esse cenário da capital mineira teve efeitos em nível nacional. Diante do volume de documentos e subsídios relacionados aos processos

de separação mães e filhos, decidimos analisar esse conjunto de informações por meio da construção de cenas que descrevem os diferentes tempos e a dinamicidade das correlações de força, constituindo distintos momentos do nosso objeto de pesquisa.

Em relação ao capítulo 6, procedemos uma análise do caso de São Paulo, diferindo da escolha feita no capítulo anterior, no sentido de que nossa escolha analítica decorre do rol de elementos que conseguimos acessar sobre determinado assunto. Dessa maneira, como não obtivemos muitos documentos, não foi possível edificar os cenários engendrados em São Paulo sobre o acolhimento institucional de bebês. Considerando essas limitações, construímos nossa análise utilizando dois relatórios de pesquisa relevantes sobre o tema e aprofundamos a problematização a partir do conteúdo das entrevistas realizadas.

Finalmente, no capítulo 7, trazemos as considerações finais, retomando os principais apontamentos feitos, ao longo da presente tese, relacionando questões teóricas e conceituais para compreender as práticas de acolhimento institucional de bebês e como esse diagnóstico do presente ilumina determinadas continuidades, ao mesmo tempo em que desvela rupturas e processos de resistência.

## 2 O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE BEBÊS, FILHAS/OS DE MÃES USUÁRIAS DE DROGAS E/OU EM SITUAÇÃO DE RUA: que história é essa?

*“A moralidade é o instinto do rebanho no indivíduo.”*

*FRIEDRICH NIETZSCHE – A Gaia Ciência*

A complexidade do acolhimento institucional de bebês nos obriga a discutir temas que envolvem diversos preconceitos e tabus ainda vigentes nos dias atuais. Apenas para citar alguns aspectos que serão problematizados ao longo da presente tese: uso/abuso de SPA, pessoas em situação de rua, gênero, gravidez, maternagem/maternidade, direitos, políticas públicas, proteção, negligência, valores morais e violação de direitos. Obviamente não pretendemos esgotar tais temáticas, mas articulá-las com o objetivo de entender como a emergência desse tipo de prática revela arbitrariedades e intervenções de ordem moral, mascaradas de intervenções técnicas. Também nos parece de suma importância olhar para essa situação, na perspectiva de diagnosticar o nosso presente. Possuímos leis e normativas que estabelecem parâmetros dignos de assistência, cuidado e trabalho em rede. No entanto, quantas contradições e paradoxos encontramos quando nos deparamos com esse tipo de prática, revelando as diferentes interpretações que podem ser feitas do ordenamento jurídico.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) enquanto principal referência normativa para entender como deve se dar o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, no país, afirma no seu art. 101, § 1º: *“O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade”*.

As experiências já mencionadas indicam como esse artigo do ECA está sendo relativizado, tendo em vista que o abrigamento desses bebês não está sendo provisório nem excepcional. Pelo contrário, nessas localidades, o acolhimento institucional de bebês tornou-se a regra para mães que relatem usar SPA e/ou estejam em situação de rua. Essa situação torna-se ainda mais atípica, para não dizer esdrúxula, porque o ECA não menciona bebês, focando, prioritariamente, crianças e adolescentes.

Do ponto de vista jurídico e normativo, as principais referências sobre o assunto são o ECA, a Lei Federal nº 12.010 de 2009, conhecida como Lei Nacional da Adoção, e a Lei Federal nº 13.257 de 2016, esta última mais divulgada como Marco Legal da Primeira

Infância. Na medida em que conteúdos relacionados a essas leis forem sendo objeto das discussões engendradas nesse estudo, faremos as devidas articulações.

Para entender o contemporâneo e problematizar a prática do acolhimento institucional de bebês nos dias atuais, é imprescindível olhar para trás e conseguir identificar os aspectos do passado que ainda se fazem presentes no contexto atual. Nesse sentido, percebemos a vida dessas mulheres e seus filhos sendo decidida arbitrariamente, nos moldes dos homens infames retratados por Foucault (2006a). Podemos ver como a liberdade e a felicidade dessas mulheres infames está sendo determinada e se fazendo conhecer pelos rastros apresentados nos relatos das profissionais que entrevistamos. Seriam vidas que passariam despercebidas, mas emergiram no contato com o poder e seus jogos pelos meios ditos tradicionais: pela denúncia, pela queixa, pelo relatório, pela inquirição e pelo interrogatório. A infâmia, para Foucault (2006a), não deve ser tomada como a perda da fama, mas sim, pelo seu sentido estrito, ou seja, aquilo que não tem nenhum glória. Estamos nos referindo às mulheres indignas que só passaram a ser conhecidas, em função do que vivenciaram, recentemente, com seus bebês nas maternidades e hospitais públicos de várias capitais do Brasil.

Com essa prática, estaríamos retomando as *lettres de cachet*<sup>2</sup>, numa perspectiva contemporânea? Foucault (2003) descreve, na França, do século XVIII, as *lettres de cachet* como ordens do rei direcionadas a uma pessoa individualmente, obrigando-a a fazer algo, geralmente de conotação punitiva. Não se tratava de uma lei ou decreto, mas caracterizava-se como um instrumento de poder da monarquia. Um dos aspectos curiosos é que, em diversos casos, essas ordens do rei eram solicitadas por pessoas insatisfeitas, em função de diferentes razões. Esses pedidos eram analisados e, se aprovados, levavam a pessoa de quem se queixava à prisão. As *lettres de cachet* eram basicamente de três categorias: condutas consideradas imorais, exigindo, portanto, repressão moral; condutas religiosas ditas perigosas e dissidentes e, por fim, conflitos de trabalho.

Ao longo dessa tese, veremos como questões de ordem moral se fazem presentes na prática do acolhimento institucional de bebês e como diferentes profissionais que integram a rede de assistência, de saúde e justiça no acompanhamento desses casos incorporam e aprovam as recomendações e portarias determinando a separação dos bebês de suas mães.

Para tanto, estamos tomando as ideias de moral, na perspectiva de Nietzsche (1887/2004), entendendo a moralidade como uma obediência a costumes. Para o filósofo, os

---

<sup>2</sup> “*Lettres de cachet eram, na França, sob o Antigo Regime, cartas seladas com o sinete real, contendo uma ordem de mandar internar ou exilar um indivíduo. Como se trata de uma expressão bastante conhecida e por não dispormos de um bom equivalente em português, optamos por deixá-la no original*”. Nota da tradução do livro de Michel Foucault, Coleção Ditos e Escritos, volume VIII. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

costumes estão relacionados aos modos tradicionais de pensar e agir, sendo a tradição regida por uma autoridade superior que ordena. Nessa lógica, várias dimensões da vida estariam no domínio da moralidade, tais como a educação, os cuidados de saúde, o casamento, as relações interpessoais, sendo as pessoas mais morais exatamente aquelas que atentariam para essas leis tradicionais. O sujeito moral é aquele que obedece esses costumes, inclusive nas situações mais difíceis, sendo o sacrifício um forte indicativo de moralidade. Veremos como esses aspectos morais, de obediência aos costumes e sacrifícios emergem no fenômeno que estamos investigando, ao mesmo tempo em que operam como barreiras, conforme pontuado por Nietzsche:

O costume representa as experiências dos homens passados acerca do que presumiam ser útil ou prejudicial – mas o sentimento do costume (moralidade) não diz respeito àquelas experiências como tais, e sim à idade, santidade, indiscutibilidade do costume. E assim este sentimento é um obstáculo a que se tenham novas experiências e se corrijam os costumes: ou seja, a moralidade opõe-se ao surgimento de novos e melhores costumes (1887/2004, p. 26).

Desse modo, as questões morais presentes nas avaliações feitas sobre as mulheres que usam SPA e/ou estão em situação de rua parecem integrar um conjunto de costumes inquestionáveis que ganham o estatuto de verdade nos documentos produzidos nos serviços por onde essas mães passam. Nesse contexto, concordamos com Nietzsche, quando ele afirma que precisamos de uma crítica dos valores morais, sendo que *“o próprio valor desses valores deve ser colocado em questão”* (1887/1998, p. 12). Em outras palavras, significa dizer que esses valores morais devem ser objeto de análise, não sendo imutáveis, ainda que os questionamentos da moralidade vigente de uma determinada época seja um difícil empreendimento.

Nos dias de hoje, entendemos que os aspectos morais dizem respeito à esfera particular dos sujeitos, não cabendo a inserção desses valores pessoais na opinião técnica nem na conduta de trabalho dos/as profissionais. Entretanto, ainda que, do ponto de vista ideal, isso seja altamente desejável, percebemos como essa dissociação entre questões morais e técnicas, por parte das pessoas que acompanham os casos, não se efetiva. Pelo contrário, constatamos como essas noções – morais e técnicas – estão misturadas nas rotinas institucionais que envolvem o acolhimento de bebês, instigando-nos a proceder um estudo direcionado para uma genealogia da moral dessas mulheres, tendo em vista sua prevalência nos casos.

Diante desses elementos, os princípios do ECA de priorizar a convivência familiar e considerar o acolhimento institucional como medida protetiva excepcional e provisória estão sendo escanteados. Para melhor compreender esse cenário, utilizamos a noção de estado de exceção de Agamben (2004) que definiu essa ideia como sendo a “suspensão da própria ordem jurídica”. Avaliamos que esse conceito guarda relação com o fenômeno pesquisado, sendo que o estado de exceção funcionaria como:

A abertura de uma lacuna fictícia no ordenamento, com o objetivo de salvaguardar a existência da norma e sua aplicabilidade à situação normal. A lacuna não é interna à lei, mas diz respeito à sua relação com a realidade, à possibilidade mesma de sua aplicação. É como se o direito contivesse uma fratura essencial entre o estabelecimento da norma e sua aplicação e que, em caso extremo, só pudesse ser preenchida pelo estado de exceção, ou seja, criando-se uma área onde essa aplicação é suspensa, mas onde a lei, enquanto tal, permanece em vigor (p. 48-49).

Fazendo uso dessa noção de estado de exceção, podemos entender como o acolhimento institucional de bebês ocorre dentro de um patamar de legalidade, já que as leis sobre o assunto continuam valendo, entretanto, em casos extremos, é possível suspendê-las. O filósofo italiano afirma: *“O estado de exceção não é uma ditadura, mas um espaço vazio de direito, uma zona de anomia em que todas as determinações jurídicas – e, antes de tudo, a própria distinção entre público e privado – estão desativadas”* (2004, p. 78).

Tratam-se de práticas que passam a ser instituídas num contexto de exceção onde já existe uma determinada lógica jurídica, mas inobstante a isso, se faz presente uma lacuna, um espaço vazio que possibilita que tais técnicas e procedimentos de exceção se instalem.

Ao analisarmos, rapidamente, as três práticas de acolhimentos institucionais de bebês que tem ocorrido em Vitória (ES), Bauru (SP) e Belo Horizonte (MG), podemos identificar um aspecto semelhante que não deve ser desconsiderado. Trata-se da autoria desse tipo de prática que provém dos órgãos do Sistema de Justiça, no caso Promotorias de Infância e Juventude e Varas de Infância de Juventude. Em outras palavras, temos essas instituições como responsáveis por instituir a prática de controle dos corpos de bebês e suas mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua. Esses documentos, ao serem expedidos para conselhos tutelares, hospitais e maternidades, oficializam como uma determinada situação deve ser conduzida, ainda que tenham um caráter recomendatório.

É de suma importância sinalizar que a presente tese trabalha com as categorias de gênero, raça e classe, numa perspectiva interseccional. Nesse sentido, estamos articulando esses elementos desde um ponto de vista teórico e conceitual, de acordo com os contextos em

que se inserem. E notadamente, como essas categorias vão instituir essa história do acolhimento de bebês que nos propusemos a contar.

Desse modo, retomamos a ideia de gênero a partir da noção de Scott (1995) enquanto *“um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (...) uma forma primária de dar significado às relações de poder”* (p. 86). Essa definição nos leva a olhar para os fenômenos não apenas considerando as diferenças entre mulheres e homens, mas permite compreender como o gênero, enquanto categoria analítica, estrutura e constrói relações desiguais. Ao mesmo tempo, como essas desigualdades não somente de sexo, mas de gênero, estabelecem relações de poder assimétricas. A introdução da noção de poder na discussão sobre gênero nos parece fundamental para problematizar o objeto da presente investigação: o acolhimento institucional de bebês.

No esteio dessas reflexões, também vamos considerar raça e classe como categorias analíticas que aprofundam essas desigualdades, apresentando, no entanto, diferentes matizes. Tentaremos problematizar esses conceitos, especialmente, na análise histórica do processo de colonização brasileiro, em função da escravidão, da lógica do patriarcado e do sistema de concentração de renda. Tais aspectos foram determinantes no nosso processo civilizatório e, sem dúvida, ainda estruturam nossa sociedade atual.

Para tanto, nos apoiamos nas reflexões de hooks (2015) quando ela afirma: *“apenas se analisando o racismo e sua função na sociedade capitalista é que pode surgir uma compreensão profunda das relações de classe. A luta de classes está indissoluvelmente ligada à luta para acabar com o racismo”* (p. 196). Essa fala comprova a necessidade de pensarmos nessas categorias numa perspectiva interseccional, sendo impossível uma análise crítica dos fenômenos contemporâneos desconsiderando essa chave de leitura da realidade.

## 2.1 O que está em jogo no acolhimento institucional de bebês: algumas pistas históricas sobre o lugar das mulheres, seus bebês e suas repercussões na contemporaneidade

Para discutir o lugar das mulheres e seus bebês, seja numa perspectiva histórica, seja na atualidade, é preciso também colocar em análise a noção de família. Nesse sentido, Badinter (1980) historiciza bem a virada dos papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres na dinâmica familiar, num contexto patriarcal. Se até meados do século XVIII, especialmente na França, predominava uma certa maneira de cuidar dos filhos, a partir desse período, se dará uma mudança significativa nas tarefas desempenhadas pelas mulheres que se tornam mães. A autora retrata a vida das classes burguesas e aristocráticas, não descrevendo como se dava o

cotidiano das famílias pobres, no entanto, entendemos como sendo importante problematizar essas condutas e valores, principalmente por considerar que se tratam de comportamentos da classe dominante que tendem a influenciar e determinar o modo de vida dos demais segmentos sociais.

Segundo Badinter (1980), até a metade do século XVIII, a criação e o cuidado dos bebês franceses se dava sob a ótica do “amor ausente”. As mães vão repassar a amamentação dos seus filhos para amas de leite, trazendo essas mulheres-serviçais para suas casas ou encaminhando seus bebês para a casa dessas amas de leite. Essa prática de mandar o filho embora ganha força, pois um estudo feito em Paris, em 1780, apontou que de cada 21 mil bebês nascidos anualmente, aproximadamente 19 mil estavam nos arredores da capital francesa, sendo amamentados por amas de leite ((BADINTER, 1980).

Uma das principais explicações dos historiadores da época para esse fenômeno de “amor ausente” ou mesmo uma indiferença materna diz respeito aos altos índices de mortalidade infantil. Então, haveria uma espécie de comportamento de defesa por parte das mães em não se apegar aos seus bebês, já que eles poderiam vir a falecer antes de completar um ano. O fato é que em relação a essas mães privilegiadas não cabia ameaças nem culpa, já que a ideia de amor materno era absolutamente inexistente nessa época (BADINTER, 1980, p. 87).

Nesse período, o bebê era visto como um estorvo e a amamentação atrapalhava a vida social e conjugal da mãe, além de expor sua sexualidade, caso tivesse que amamentar na presença de outras pessoas. As tarefas maternas não eram relevantes socialmente; ao contrário, eram consideradas vulgares, razão pela qual muitas mulheres delegavam os cuidados de seus bebês para amas de leite. As crianças retornavam para a casa dos pais por volta dos quatro ou cinco anos e ficavam sob os cuidados, geralmente, da governanta. Alguns anos depois, as crianças seguiam para internatos com objetivos educacionais (BADINTER, 1980).

Essa dinâmica de vida encontrada na França evidenciava a ausência de cuidados cotidianos dos bebês e das crianças por parte das famílias. Observamos que a criação e a educação eram realizadas por pessoas e instituições fora do grupo familiar, não existindo ainda a ideia de amor materno. Obviamente que não se trata de generalizar nem tampouco universalizar condutas, já que existiam mulheres que ficavam com seus filhos, demonstravam sentimentos de amor e ternura e sofriam profundamente quando seus bebês vinham a óbito. Trata-se mais de destacar como, até o século XVIII, inexistia um código de conduta materno hegemônico que deveria ser seguido.

A própria ideia de infância também não se fazia presente e será desenvolvida ao longo do século XVII e XVIII. Por sua fragilidade e pelos altos índices de mortalidade infantil, as crianças não eram consideradas como pessoas; apenas depois que alcançavam uma determinada idade que adentravam no mundo dos adultos. Os primeiros sentimentos ligados à infância vão se dar no interior das famílias, nos momentos de descontração e relaxamento quando as crianças passam a ser “paparicadas” por seus familiares. Uma nova ideia de infância passa a existir também a partir da compreensão de que as crianças são criaturas frágeis e divinas, exigindo cuidados específicos. Aliado a isso, teremos, no século XVIII, as preocupações relacionadas à saúde física e higiene como relevantes, levando as crianças a ocuparem um lugar central nas famílias (ARIÈS, 1986).

A partir da segunda metade do século XVIII, a maternidade sofrerá transformações significativas, mudando a cultura e o comportamento das famílias que até então prevalecia na aristocracia francesa. A amamentação será incentivada e a busca pela sobrevivência dos bebês torna-se um imperativo social e estatal. Três discursos vão predominar nessa virada: o discurso econômico que entendia a criança como tendo um valor mercantil; o discurso filosófico da igualdade e da felicidade, com base nas proposições de Rousseau; e, finalmente, o chamado discurso dos intermediários que defendia a importância das mães se ocuparem dos cuidados pessoais das crianças. O grupo dos intermediários era constituído por médicos, pedagogos e administradores que ficavam responsáveis por pautar a retomada da amamentação e o retorno à natureza, na perspectiva de que isso traria mais saúde, mais vigor e força, não só para os bebês, mas também para as próprias mulheres e para as famílias como um todo (BADINTER, 1980).

Reconhecemos aqui uma mudança importante no dispositivo da maternidade, em seu sentido foucaultiano. Tomando a noção de dispositivo como “*a rede de relações que pode ser estabelecida entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regramentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito*” (p. 124, CASTRO, 2009), podemos identificar como, no século XVIII, se operou uma virada na ideia de maternidade, trazendo repercussões até os dias de hoje, especialmente para as mulheres.

Dessa maneira, se até a primeira metade do século XVIII, as mulheres que se tornavam mães, na França, não sofriam cobranças em relação a como gerenciavam os cuidados com sua prole, a partir daí, haverá todo um aparato estatal-médico-social preparado para exigir que essa mulher assumisse pessoalmente a criação dos seus filhos, imprimindo uma nova realidade às mulheres mães. Podemos dizer que emerge, nesse período, um dispositivo

da maternidade regulador da vida e dos corpos das mulheres, no sentido de que tomem para si o cuidado dos seus descendentes.

Badinter (1980) vai afirmar que a maternidade ganhou um novo sentido e mesmo as mulheres que se recusavam a adotar essa nova vida, simulavam ou mesmo trapaceavam, demonstrando culpa por não estarem cuidando de seus filhos. O discurso vigente defendia que o desempenho dessas tarefas junto à sua prole por parte da mãe significava um retorno à natureza, caracterizando para a autora a ideia de um “amor forçado”. Teríamos passado então de um “amor ausente” para um “amor forçado”. Uma concepção de “natureza feminina” será criada e essa mudança de mentalidade irá produzir dois efeitos importantes: a valorização da maternidade que antes era desprezada e a obrigação de ser mãe.

As mulheres que não assumiam essa responsabilidade adequadamente passaram a ser vistas como mães indignas, meio criminosas, meio monstros, verdadeiros erros da natureza, já que a falta de amor aos próprios filhos seria um crime imperdoável. Concomitante a esse aumento significativo de responsabilidades para as mulheres de terem que amamentar e educar suas crias, veremos um declínio do papel paterno (BADINTER, 1980).

Dos relatos históricos trazidos, importa problematizar como esse dispositivo que emergiu, no século XVIII, continua presente, na medida em que a valorização da maternidade segue bastante vigente e a obrigação de ser mãe também se mantém para a grande maioria das mulheres. Nesse sentido, essas reflexões permanecem atuais, posto que o mito do amor materno prossegue tendo fiéis seguidores e funciona como meio de opressão para aquelas mulheres que não atendem a esses padrões. Ainda que haja questionamentos e tensionamentos desse lugar naturalizado da mulher como mãe, não podemos ignorar como esse dispositivo da maternidade continua regulando a vida e o corpo das mulheres, em pleno século XXI.

Avançando na história, Perrot (2017) vai assim caracterizar o lugar da mulher: “*No século XIX, a mulher está no centro de um discurso excessivo, repetitivo, largamente fantasmagórico, que toma de empréstimo as dimensões dos elementos da natureza*” (p. 199). Ou seja, a questão do naturalismo se faz presente, enquadrando as mulheres a um determinado lugar considerado natural, valorando-o mais que outros e colaborando para produzir mais claramente não só lugares, mas papéis e atribuições previamente definidos. A autora, nessa obra, descreve as realidades das camadas populares na França e também discute o lugar do trabalho na vida dessas famílias.

O século XIX levou a divisão das tarefas e a segregação sexual nos espaços ao seu ponto mais alto. Seu racionalismo procurou definir estritamente o

lugar de cada um. Lugar das mulheres: a Maternidade e a Casa cercam-na por inteiro. A participação feminina no trabalho assalariado é temporária, cadenciada pelas necessidades da família, a qual comanda, remunerada com um salário de trocados, confinada às tarefas ditas não qualificadas, subordinadas e tecnologicamente específicas (PERROT, 2017, p. 198).

Vemos como, nesse momento histórico, as mulheres já desempenhavam uma dupla jornada: no trabalho externo e no comando do trabalho doméstico e familiar. No trecho a seguir, a historiadora francesa descreve a dicotomia vivenciada por mulheres e homens, em Paris, suas rotinas, hábitos e como isso tem relação com questões mais subjetivas, ora normatizando as pessoas, ora possibilitando diferentes modos de conduzir a própria vida:

La Bédollière esboça a dualidade dos espaços: de um lado, na taberna, os homens, o vinho, a política (o jornal); de outro, na rua, as mulheres, o leite, os episódios corriqueiros. Mas por trás do insignificante, essa fala das mulheres mantém toda uma rede de comunicações horizontais que escapa aos ouvidos do poder. Enquanto os homens, os primeiros a se alfabetizar, são apanhados pela rede de um texto que inicialmente chega-lhes de cima e gradualmente os modela e os normatiza, as mulheres, com seus falatórios, mantém a independência do povo (PERROT, 2017, p. 218).

A descrição acima é sensível, na medida em que descreve aquilo que escapa à normatização, por mais que as regras e imposições sociais prescrevam outros modos de conduzir a vida.

No caso do Brasil, diferentemente da Europa, temos elementos históricos que foram determinantes na constituição da nossa realidade social, política e cultural. Nesse sentido, não podemos deixar de mencionar como a nossa colonização agrária e escravagista, juntamente com as tradições portuguesas resultou em um sistema patriarcal bastante característico. Além do núcleo familiar central, também estavam incluídos filhos ilegítimos, de criação, afilhados, empregados, escravos, padrinhos e madrinhas que implicavam em relações de solidariedade, mas também de dependência. Há relatos curiosos de famílias matriarcais constituídas apenas por mulheres (avós, mães e filhos) sem que isso as definisse como arranjos familiares frágeis (PRIORE, 2014).

No entanto, infelizmente, desigualdades de classe, raça e gênero já se evidenciavam abertamente, como podemos constatar no relato a seguir descrevendo o destino das mulheres, no Brasil, no século XIX. Priore (2014) vai expor que, para as mulheres, havia um duplo padrão de moralidade: as ricas visavam o casamento e filhos, passavam da tutela do pai para o marido, adotando um papel tradicional. Já as negras, mestiças e brancas pobres tinham menos proteção e estavam mais sujeitas à exploração sexual.

Dessa maneira, identificamos como a lógica do patriarcado regia a vidas das mulheres, de modo hegemônico, tanto das elites como das classes populares, posicionando as mulheres mais pobres em condição de maior vulnerabilidade. Esses aspectos revelam como questões de classe, raça e gênero não podem ser dissociadas, sendo imprescindível que a inter-relação entre essas categorias sejam consideradas, já que os efeitos desses elementos se articulam, não cabendo análises separadas e independentes. Numa perspectiva mais contemporânea, precisamos compreender, especialmente, em relações de dominação e opressão, como essas categorias interagem em diferentes níveis e distintos aspectos da vida.

Já o movimento higienista também vai ocupar um lugar de relevância no dispositivo da maternidade e na regulação da vida das mulheres brasileiras. É importante destacar que o higienismo vai atuar mais diretamente nas famílias das elites, questionando o sistema familiar colonial, como verificamos no trecho que segue abaixo:

Assim pode-se observar que, no processo de definição da ‘família’, a higiene dirige-se exclusivamente às famílias de extração elitista. Não interessava ao Estado modificar o padrão familiar dos escravos que deveriam continuar obedecendo ao código punitivo de sempre. Estes últimos, juntamente com os desclassificados de todo tipo, serão trazidos à cena médica como aliados na luta contra a rebeldia familiar. Escravos, mendigos, loucos, vagabundos, ciganos, capoeiras, etc., servirão de antinorma, de casos-limite de infração higiênica. A eles vão ser dedicadas outras políticas médicas. Foi sobre as elites que a medicina fez incidir sua política familiar, criticando a família colonial nos seus crimes contra a saúde. A camada dos ‘sem-família’ vai continuar entregue à polícia, ao recrutamento militar ou aos espaços de segregação higienizados como prisões e asilos (COSTA, 1983, p. 33).

Essa descrição indica como existe uma diferença de tratamento das políticas em relação aos respectivos públicos a que se referem, ou seja, o higienismo vai incidir nas famílias mais abastadas, enquanto que no caso dos escravos e dos grupos pobres, se mantém técnicas e ações estatais de caráter punitivo, de responsabilidade da polícia, do recrutamento militar ou das instituições de segregação. Vemos como as diferenças relacionadas a classe e raça se fazem presentes nas práticas sociais aqui retratadas.

Sabemos que as questões de limpeza e higiene são de extrema relevância, do ponto de vista histórico, no sentido de terem seu lugar nas mais diferentes civilizações. No entanto, a grande novidade do higienismo, fundamentalmente do século XIX, dizia respeito ao seu papel na geração de progresso econômico e social. O seu contraponto, ou seja, a falta de higiene estaria associada ao desconforto e ao prejuízo econômico, de acordo com os estudos ingleses da época (SANT’ANNA, 2011).

Assim, essa lógica higienista influenciou a urbanização dos espaços, a arquitetura e organização das casas, os costumes cotidianos, como, por exemplo, as vestimentas da época, chegando até as escolas por meio da educação física.

Essa questão tornou-se tão fundamental na gestão da vida, no Brasil, que ensejou a criação de um órgão estatal, na década de 1850, chamado Junta Central de Higiene Pública, mas que acabou recebendo um novo nome, em 1886: Inspetoria-Geral de Higiene (SANT'ANNA, 2011).

No que diz respeito ao lugar e às funções das mulheres, é interessante destacar a pluralidade de atribuições desempenhadas por elas, ainda que a maior parte dessas tarefas fosse executada privadamente, no âmbito doméstico, como bem descreve Costa (1983):

A mulher era o capitão-do-mato, o gerente e o caixeiro do marido. Ninguém melhor do que ela estava habilitada a zelar pelo patrimônio doméstico do homem. Dependendo jurídica, afetiva moral e religiosamente do marido, prestava-se docilmente a organizar a produção econômica da casa, supervisionando o trabalho escravo. Mão-de-obra gratuita, a mulher permitiu por muito tempo a auto-suficiência das residências, fenômeno necessário ao despotismo senhorial sobre a cidade. Além dessa função 'primária' primordial, era ela quem se encarregava de suprir o escasso mercado de serviços das cidades. A dona de casa era enfermeiro, médico, sacerdote e professor (p. 102).

Podemos reconhecer, na citação acima, como as mulheres eram responsáveis por atividades de diversas naturezas, ajudando a sustentar o sistema patriarcal e as desigualdades de gênero, classe e raça.

Ainda nessa mesma obra, identificamos o relato de um médico que retrata a realidade de escravas que eram alugadas como amas de leite e que parece guardar alguma semelhança com a questão do acolhimento institucional de bebês que estamos investigando na presente tese:

Há entre os senhores das escravas um método horrível e que influi extraordinariamente sobre o moral das escravas, tornando assim o seu leite nocivo às crianças, isto é, mandar pôr na roda os filhos destas, para assim recuperarem melhor seu aluguel. Observei com grande mágoa muitos destes fatos, quando fui interno de uma das maternidades da Corte. Adormecida a pobre parturiente, quando ela procurava pelo sono recuperar as forças exaustas no doloroso trabalho de parto, tiravam-lhe o seu inocente filhinho e mandavam colocá-lo na roda; mais tarde, quando a desgraçada acordava procurava com ansiedade o fruto de suas entranhas e que sabia que ele havia sido levado para a roda, desfazia-se em lágrimas e mergulhava-se em grande tristeza (NEVES, 1873, apud COSTA, 1983, p. 167).

Se formos comparar a realidade dessas escravas alugadas como amas de leite com a situação atual das mães que perdem a guarda de seus bebês, em função do uso de SPA e/ou pelo fato de estarem em situação de rua, podemos observar como se tratam de práticas similares, guardadas as devidas diferenças históricas. Fica evidente como as pessoas destinatárias de tais técnicas possuem as mesmas características: mulheres negras e pobres. Podemos articular os marcadores de raça, classe e gênero, nessa situação, explicitando como esse tipo de violação ocorria especificamente com algumas mulheres, no caso as escravas negras. Mulheres brancas e ricas não corriam o risco de perder seus filhos. A mesma lógica se aplica ao acolhimento institucional de bebês que acontece nos dias atuais: mulheres não brancas e pobres continuam sendo, majoritariamente, vítimas dessas arbitrariedades, enquanto que mulheres brancas e ricas, mesmo fazendo uso de SPA, não são vitimadas por essa prática.

Voltando à questão do higienismo, podemos identificar como o cotidiano dos homens também passou a ser influenciado por essa nova forma de gestão da vida, levando-os a ter os filhos como elementos centrais. Costa (1983) descreve que os homens vão casar para ter filhos, trabalhar para sustentar a prole, buscar ser honestos para funcionarem como exemplo, investir na educação e na saúde dos filhos, economizar para garantir o futuro dos seus descendentes, aceitando determinadas opressões e culpas em prol dos filhos.

Já em relação às mulheres, o retorno da prática de amamentação pelas mães biológicas, na opinião de Costa (1983), superava a questão de saúde que geralmente era um dos principais argumentos utilizados na época para fazer com que as mulheres amamentassem sua prole:

O que nos leva a supor que a pressão higiênica em favor amamentação tinha outros objetivos, além da proteção à vida das crianças. Com efeito, a nosso ver, a mãe deveria compulsoriamente amamentar porque essa tarefa, além de proteger a vida dos filhos, regulava a vida da mulher. A mulher que não amamentasse isentava-se, automaticamente, de uma ocupação indispensável à redefinição de seu lugar no universo disciplinar (p. 258, COSTA, 1983).

Para Costa (1983), a amamentação tinha basicamente três objetivos disciplinares. O primeiro deles se referia a ocupar o tempo livre das mulheres de modo higiênico, impedindo-as de usar esse tempo com atividades externas e passatempos que pudessem ser considerados imorais aos costumes da época. O segundo objetivo limitava a concorrência com os homens, já que, nessa época, iniciava-se um movimento de independência das mulheres diante do patriarcado colonial. O processo de urbanização estava permitindo que as mulheres tivessem acesso à artigos industrializados, possibilitando maior autonomia e emancipação. Por fim, o

terceiro objetivo da amamentação dos filhos era manter a unidade familiar. Alegava-se que, se as mulheres não amamentassem, os laços familiares se afrouxariam.

Vale a pena mencionar a escassa bibliografia encontrada escrita por mulheres. O sistema patriarcal foi muito competente no sentido de dominar também a área da saúde, da escrita e da própria história. Nesse sentido, as poucas obras de autoria feminina usaram referências eminentemente masculinas, obscurecendo visões e leituras de mulheres sobre esse fenômenos. Por essa razão, a noção de gênero pouco aparece nessa literatura mais histórica, sendo um questionamento bem mais recente, como bem pontua Scott (1995):

O termo “gênero” faz parte da tentativa empreendida pelas feministas contemporâneas para reivindicar um certo terreno de definição, para sublinhar a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre as mulheres e os homens (p. 85).

Os movimentos feministas, em nível mundial, vão emergir ao longo do século XX, empreendendo uma série de questionamentos que serão fundamentais para a promoção de direitos para as mulheres.

## 2.2 Maternidade e políticas públicas: a gestão do corpo das mulheres e os direitos reprodutivos

Adentramos, no século XX, em nosso país, com esse retrato tão bem definido por Rago (1985) a respeito dos novos costumes e condutas que irão predominar para as mulheres brasileiras:

A promoção de um novo modelo de feminilidade, a esposa, dona de casa, mãe de família, e uma preocupação especial com a infância, percebida como riqueza em potencial da nação, constituíram peças mestras desse jogo de agenciamento das relações intrafamiliares. À mulher cabia agora atentar para os mínimos detalhes da vida cotidiana de cada um dos membros da família, vigiar seus horários, estar a par de todos os pequenos fatos do dia a dia casal, prevenir a emergência de qualquer sinal da doença ou do desvio. Complementarmente, a criança passou a ser considerada como ser especial, que requeria todos os cuidados médicos, novos aliados da mãe, não obstante sua ampla utilização nas camadas pobres da população, como força de trabalho industrial (p. 62).

As mulheres passariam a ter novas tarefas, especialmente junto aos filhos, além das atribuições domésticas e econômicas já descritas anteriormente. O higienismo se instala em definitivo, ajudando a produzir uma nova forma de conduzir a si mesmo e aos outros. No

entanto, vale ressaltar que esse novo jeito de governar a vida estava relacionado não apenas a diminuir a mortalidade infantil e aumentar a sobrevivência das crianças. Mais do que aumentar o cuidado com os infantes, a perspectiva higienista, implantada no século XIX, visava, sobretudo, aliar esses novos costumes ao crescimento econômico. Nesse sentido, de modo contraditório, as crianças, especialmente das classes pobres da população, continuaram sendo força de trabalho nas fábricas brasileiras. Vemos aqui uma espécie de aliança entre o higienismo e o capitalismo na condução da vida, notadamente, das classes populares brasileiras.

O discurso adotado pelos donos das fábricas era de que essas crianças, ao trabalharem, já aprendiam um ofício e evitava-se que elas estivessem nas ruas, vindo a tornar-se os conhecidos “menores abandonados”. Entretanto, sabemos o quão lucrativo era para esses mesmos empresários contratarem crianças e também mulheres, mais vulneráveis que os homens e mais propensos a aceitarem uma remuneração inferior e piores condições de trabalho. As contradições ficam mais evidentes, na medida em que se defendia os cuidados com a higiene no espaço doméstico, porém, nas fábricas mantinha-se um ambiente absolutamente insalubre e responsável pela disseminação de doenças contagiosas. No relatório de Moncorvo Filho (1907) apud Rago (1985), ele descreveu o quanto a saúde infantil foi consumida pelo trabalho fabril ao constatar que num determinado serviço de impressão, todas as crianças estavam com tuberculose.

Já no mundo privado e doméstico da casa, esse tipo de situação não será mais tolerada, tendo em vista que a casa será alvo, por excelência, das novas práticas higienistas que deverão ser adotadas pelas famílias, mas sob a responsabilidade exclusiva da mulher, considerada como a senhora do lar:

A “nova mãe” passa a desempenhar um papel fundamental no nascimento da família nuclear moderna. Vigilante, atenta, soberana no seu espaço de atuação, ela se torna a responsável pela saúde das crianças e do marido, pela felicidade da família e pela higiene do lar, num momento em que cresce a obsessão contra os micróbios, a poeira, o lixo e tudo o que facilita a propagação das doenças contagiosas. A casa é considerada como o lugar privilegiado onde se forma o caráter das crianças, onde se adquirem os traços que definirão a conduta da nova força de trabalho do país. Daí, a enorme responsabilidade moral atribuída à mulher para o engrandecimento da nação (RAGO, 1985, p. 80).

Em relação a esses novos lugares que foram forjados para as mulheres, vamos ver os primeiros questionamentos da maternidade enquanto algo natural formulados por Beauvoir

(1949/2016), aproximadamente na metade do século XX, quando ela traz à tona a questão da escolha. Sobre isso, a filósofa francesa afirmou:

É pela maternidade que a mulher realiza integralmente seu destino fisiológico; é a maternidade sua vocação “natural”, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie. Mas já se disse que a sociedade humana nunca é abandonada pela natureza. E, particularmente, há um século, mais ou menos, a função reprodutora não é mais comandada pelo simples acaso biológico: é controlada pela vontade (p. 279).

A autora vai analisar as próprias práticas sexuais e suas possibilidades naturais de contracepção, demonstrando como o tema do livre-arbítrio se faz presente nessa seara, invalidando, por completo, a questão do determinismo biológico da maternidade e seu caráter natural.

Do ponto de vista sociohistórico, já estamos na segunda onda do feminismo que vai reivindicar não apenas a igualdade entre homens e mulheres, como ocorreu durante o movimento sufragista que exigia o direito ao voto para as mulheres, mas, sobretudo, o questionamento de lugares tradicionais atribuídos à mulher na família, no exercício da sexualidade e no mundo do trabalho.

Beauvoir (1949/2016) também discute aspectos polêmicos até mesmo nos dias atuais, como, por exemplo, a prática do aborto e a hipocrisia da sociedade burguesa em debater o assunto. Ela diz que o número de nascimentos e abortos, na França, na década de 1940, é praticamente o mesmo, mas que infelizmente a maioria das mulheres que precisam recorrer ao aborto dito ilegal não são da burguesia. As mulheres ricas têm dinheiro e relações sociais que possibilitam uma licença para realizar um aborto considerado “terapêutico” na Suíça onde isso já era tolerado na época. Já as francesas pobres não possuem essa oportunidade, ficando à mercê de intervenções médicas que podem ser desastrosas, havendo o relato de que *“dois cadáveres de mulheres abortadas chegam por semana ao instituto médico-legal de Paris; muitos abortos provocam doenças definitivas”* (BEAUVOIR, 1949/2016, p. 283).

A filósofa é ainda mais contundente quando descreve o contexto de mulheres que não querem ser mães, mas infelizmente o são, posto que a questão da vontade e da ausência de opções, especialmente para as mulheres das classes populares, não são consideradas: *“A maternidade forçada leva a botar no mundo crianças doentias, que os pais são incapazes de alimentar, que se tornarão vítimas da Assistência Pública, ou ‘crianças mártires’”* (p. 280).

Podemos perceber como o dispositivo da maternidade ganha novos contornos no século XX, graças às críticas formuladas à hegemonia do ser mãe como destino natural de todas as mulheres. Abre-se espaço para refutar essa moralidade, produzindo assim novas formas de gestão dos corpos, especialmente das mulheres.

Ferrand e Langevin (1990) apud Scavone (2001) descrevem três momentos relacionados à maternidade que nos ajudam a compreender as complexidades e os elementos presentes ainda hoje nessa temática. O primeiro momento seria compreendido como a maternidade se configuraria enquanto uma desvantagem natural, colocando as mulheres numa classe social distinta. Logo, a saída para escapar dessa dominação masculina seria recusar a reprodução biológica, tendo, nessa perspectiva, a pílula contraceptiva e a possibilidade de realizar abortos legais, na década de 1970, na França, como estratégias de não assujeitamento ao determinismo biológico da maternidade. O segundo momento diz respeito à negação dessa desvantagem natural e a compreensão da maternidade como um lugar de poder insubstituível e impossível para os homens. Por fim, o terceiro e último momento nos leva à desconstrução dessa ideia de desvantagem natural, entendendo a maternidade como uma prática social, não sendo isso que determina o lugar das mulheres ou suas relações de dominação subjacentes.

Esse conjunto de conquistas das mulheres como consequência dos movimentos feministas, que estavam sendo vivenciadas na Europa e nos Estados Unidos, não serão sentidos de modo tão imediato no Brasil, principalmente, em função do contexto autoritário daquele momento histórico, caracterizado pela longa ditadura que perdurou no país no período de 1964 a 1985. Dessa forma, as lutas das mulheres brasileiras estavam direcionadas para outras pautas, em função das recorrentes violações de direitos perpetradas pelo regime autoritário vigente naquele período.

Vale comentar brevemente a aprovação da Lei Federal nº 4.121 de 1962, alguns anos antes do golpe de 1964, que ficou conhecida como o Estatuto da Mulher Casada. Dentre os principais avanços dessa lei, para a época, é interessante mencionar o direito ao trabalho por parte da mulher, dispensando a autorização do marido, o direito à herança e o direito a reivindicar a guarda dos filhos, em caso de separação.

Já o divórcio só será permitido, a partir de 1977, com a promulgação da Lei Federal nº 6.515 de 26 de dezembro daquele ano. Essa era uma demanda antiga dos movimentos feministas no país e, com o advento da lei, as mulheres brasileiras passaram a ter autonomia para se separar de seus maridos e casarem novamente, caso desejassem. Até então vigorava apenas a possibilidade de desquite entre os casais, dissolvendo o casamento, mas mantendo o vínculo jurídico entre as partes. Em outras palavras, os cônjuges poderiam se separar, dividir

os bens e morar em casas diferentes, mas não poderiam se casar com outras pessoas, visto que o vínculo jurídico entre homens e mulheres, no casamento, era para a vida toda.

Já no campo das políticas públicas, é importante mencionar que talvez uma das maiores repercussões do século XX, em nosso país, no sentido de promover uma melhor condição de vida para as mulheres, do ponto de vista da saúde, diz respeito à criação do Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PAISM), em 1984.

Essa proposta do Ministério da Saúde (MS), pela primeira vez, conseguia dar conta de uma perspectiva global da saúde das mulheres, separadamente das questões da maternidade, posto que até então vigorava a saúde materno-infantil. As mulheres eram vistas apenas nos seus papéis tradicionais de mães, sem demandas singulares e essa separação permitiu que houvesse a criação de áreas técnicas específicas de acordo com os respectivos públicos: Saúde da Mulher e Saúde da Criança e do Adolescente (RATTNER, 2014).

Obviamente que o destaque para o PAISM diz respeito muito mais ao ganho institucional, na formulação de políticas públicas, tendo em vista que houve o reconhecimento das mulheres como pessoas que ultrapassam a questão da maternidade. Até então, a saúde priorizava ações de planejamento familiar de modo isolado, sem a articulação com outras subáreas. A mudança para uma saúde integral tem um significado relevante para o dispositivo da maternidade, na medida em que introduz uma outra visão das mulheres e permite um reposicionamento do que até então se colocava como hegemônico: mulher como mãe.

Nesse período de proposição do PAISM, o regime autoritário, no Brasil, estava chegando ao fim, dando início ao processo de redemocratização do país. No esteio de propostas como o PAISM, nesse novo cenário político, teremos, alguns anos depois, a promulgação de diversas leis que são referências fundamentais até os dias de hoje, como, por exemplo: o Sistema Único de Saúde (SUS), o ECA, ambos do ano de 1990 e a Constituição Federal de 1988.

Alguns dados demonstram o impacto dessas mudanças, nos ajudando a ter uma visão mais ampliada do tema. De acordo com Rattner (2014), na década de 1960, cada mulher brasileira tinha, em média, 6,2 filhos, enquanto que, no ano de 2006, esse número caiu para 1,8. Em relação ao pré-natal, em 1995, foram realizadas 1,2 consultas para cada parto feito no SUS. Já em 2011, foram concretizadas 10,2 consultas para cada parto, superando a média preconizada pelo MS de, no mínimo, seis consultas de pré-natal para acompanhamento da gravidez das mulheres.

Podemos vislumbrar como o século XX foi um divisor de águas para as mulheres, no que se refere à questão da maternidade, permitindo uma regulação de seus próprios corpos, de acordo com escolhas mais autônomas, algo antes incogitável.

Do ponto de vista normativo-jurídico, em nível mundial, não podemos deixar de mencionar os avanços colocados pelas Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) em relação aos direitos sexuais e reprodutivos. Devemos reconhecer como, especialmente, as Conferências realizadas na década de 1990 deram visibilidade a diversas pautas dos movimentos feministas, chamaram a atenção dos países-membros no sentido de conferir à mulher direitos antes inexistentes e ajudaram a promover a vida, a liberdade e a igualdade em diversas partes do mundo (XAVIER; ROSATO, 2016).

Estamos tomando como referência a ideia de que direitos sexuais e reprodutivos devem ser compreendidos separadamente, no sentido de que não possuem uma hierarquia, sendo direitos interdependentes. Ainda que seja comum associar esses dois campos de direitos, avaliamos que o objeto de estudo da presente tese, ou seja, o acolhimento institucional de bebês constitui uma violação dos direitos reprodutivos dessas mulheres, posto que essas mulheres não estão tendo nenhuma autonomia de decidir sobre seus corpos e seus filhos. O impedimento arbitrário dessas mulheres exercerem a maternidade configura-se como um direito violado *a priori* antes que quaisquer questões de cuidado e maternagem tenham sido implementadas.

Não podemos deixar de mencionar como essas desigualdades históricas, existentes na conjuntura brasileira, ajudam a desenhar determinados cenários, de acordo com as categorias: raça, classe, território, nível de escolaridade e faixa etária. Cada um desses elementos ensejaria um aprofundamento segundo suas especificidades, algo que infelizmente não poderemos fazer na presente tese, ainda que algumas dessas categorias sejam problematizadas, conforme mencionado anteriormente.

No sentido de elaborar uma síntese dos principais aspectos históricos e atuais que constituem o jogo de forças no campo do corpo das mulheres e também em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, trazemos um dos princípios fundamentais do Comitê Latinoamericano e do Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres (CLADEM) por reconhecer nele o conjunto de elementos que devem ter visibilidade nesse debate:

É vital recuperar o corpo como espaço político. O corpo é o lugar onde habitamos, e nele incorporam-se os direitos. Estes direitos têm sido negados a muitas pessoas que, por esse motivo, organizam-se nos diferentes movimentos sociais. Historicamente, a má distribuição dos recursos e do

poder, tornou inviável o acesso aos direitos humanos. O corpo adoece e, hoje em dia, a epidemia da AIDS concentra nos corpos o resultado dos preconceitos e a ignorância. A saúde é uma questão de mercado e o acesso a ela é extremamente desigual. O corpo é objeto de proibições morais, é massacrado nos conflitos armados e nas guerras. Nestas situações, o corpo de mulheres e travestis é objeto de abuso, violação e castigo. O corpo sofre pela cor da pele e pelas características étnicas que o tornam diferente. (...) Por tudo aquilo, o corpo é o “lugar” político mais visível das desigualdades e injustiças que impactam na humanidade e, portanto, não pode ser matéria de uma generalização abstrata. Os corpos têm carne, cores, traços e formas diferentes que delatam as desigualdades. Quando se faz uma abstração dos corpos ou pretende-se uniformizá-los, nega-se sua dimensão política (CLADEM, 2008, p. 17-18).

Nesse sentido, é de suma importância que sejamos capazes de problematizar como mulheres de segmentos mais periféricos vão estar mais sujeitas à violação de direitos do que as mulheres que ocupam lugares mais centrais nas categorias mencionadas anteriormente.

### 2.3 O uso de substâncias psicoativas, a situação de rua e as questões de gênero: aspectos históricos e tendências atuais

Sabemos que o uso de substâncias psicoativas (SPA) remonta aos primórdios das distintas civilizações humanas, não cabendo uma extensa contextualização histórica. Dessa maneira, para a presente discussão, iremos nos ater à questão das drogas tornadas ilícitas, na modernidade, mais precisamente no século XX num tipo de fenômeno que se convencionou nomear como proibicionismo. Se até então diversas substâncias psicoativas circulavam sem que fossem consideradas ilegais, ainda que houvessem mecanismos regulatórios por parte de organismos estatais, será a partir do século XX que algumas mercadorias passarão a ser consideradas ilícitas, constituindo-se como um fenômeno bastante singular, do ponto de vista econômico, jurídico e moral (CARNEIRO, 2002).

Podemos observar como os usos e as diferentes SPA são reguladas de modos distintos, havendo, no século XX, a proibição formal de certas substâncias e a aceitação de outras. Os critérios de diferenciação das substâncias psicoativas vai atender demandas de ordem cultural e econômica. Nesse sentido, embora o álcool tenha sido proibido nos Estados Unidos, na década de 1920, no período que ficou conhecido com Lei Seca, constatamos como hoje ele é aceito nas sociedades ocidentais, assim como o tabaco. De modo contraditório, vemos como outras substâncias reconhecidamente menos prejudiciais, a exemplo dos derivados da maconha, seguem proibidas. A legitimidade ou não dessas proibições é arbitrariamente estabelecida (CARNEIRO, 2002).

O proibicionismo ganhou força, em escala mundial, especialmente a partir da década de 1970, com a política do então presidente norte-americano Richard Nixon que instituiu a chamada “guerra às drogas”. O uso e o comércio de SPA como maconha, cocaína e derivados passou a ser criminalizado, ensejando o fortalecimento de uma lógica punitiva para as pessoas envolvidas nessas práticas.

Karam (2013) problematiza essa iniciativa dos Estados Unidos e aponta alguns elementos contraditórios a respeito de quem são, efetivamente, os alvos desse tipo de política de cunho intervencionista:

A “guerra às drogas” não é e nunca foi propriamente uma guerra contra as drogas. Dirige-se sim, como quaisquer outras guerras, contra pessoas: os produtores, comerciantes e consumidores das selecionadas substâncias psicoativas tornadas ilícitas. Mas, não exatamente todos eles. Os alvos nessa guerra são os mais vulneráveis dentre os produtores, comerciantes e consumidores das drogas proibidas; os “inimigos” nessa guerra, são seus produtores, comerciantes e consumidores pobres, não brancos, marginalizados, desprovidos de poder (p. 3).

Essa análise permite visualizar a seletividade das pessoas que são criminalizadas nessa suposta guerra às drogas. É possível identificar como, na realidade, essa guerra constitui-se como uma batalha contra determinados segmentos mais vulneráveis dentro da engrenagem maior que envolve o uso e o comércio de SPA hoje consideradas ilícitas. Como a própria autora afirma, a guerra às drogas acaba matando muito mais pessoas do que o próprio uso de drogas (KARAM, 2013).

Como poderemos ver a seguir, a seletividade também se aplica às drogas em si, tornando algumas mais perigosas que outras quando, efetivamente, todas são psicoativas, já que atuam diretamente no nosso sistema nervoso central. Entretanto, arbitrariamente, algumas drogas foram eleitas como ilegais, enquanto o álcool e o tabaco permanecem lícitos, apesar de já sabermos dos seus danosos efeitos no corpo humano. Isso sem entrar na questão do açúcar, por exemplo, que também tem seu poder de dependência conhecido, porém a discussão em torno desse tema ainda é escassa, para não dizer silenciada. Nesse sentido, deveríamos olhar para os efeitos singulares das SPA, mais do que para a droga isolada do seu contexto de uso e/ou abuso.

Todas são substâncias que provocam alterações no psiquismo, podendo gerar dependência e causar doenças físicas e mentais. Todas são potencialmente perigosas e viciantes. Todas são drogas. Seus efeitos mais ou menos danosos dependem, muito mais, da forma como quem as usa se relaciona com elas do

que sua própria composição. Uma droga mais potente consumida com moderação pode ter efeitos menos danosos do que uma droga menos potente consumida abusivamente. Como muito já mostrou Claude Olievenstein, “o problema da droga não existe em si, mas é o resultado do encontro de um produto, uma personalidade e um modelo sociocultural” (KARAM, 2013, p. 5).

Dessa maneira, torna-se de suma importância atentar para o uso de SPA, considerando as características específicas da droga, do sujeito que a usa e seu entorno sociocultural e não simplesmente a droga em si, demonizando-a como o único problema.

A lógica da guerra às drogas, de cunho proibicionista, parte de premissas equivocadas quando reduz a questão das SPA às drogas que se tornaram ilícitas, visando sua completa abstinência. O uso de SPA foi encontrado em civilizações antigas, em diferentes contextos com distintos objetivos. A história nos mostra a diversidade de substâncias e como a ideia de extinguir hábitos socioculturais milenares está fadado ao fracasso.

Se olharmos para o sujeito que decide fazer uso de alguma SPA, entramos na questão do exercício da liberdade que acaba sendo coibido pelo Estado, na medida em que não permite que o indivíduo faça suas escolhas livremente. Karam (2013) explica que, em uma democracia, o Estado não pode coibir a liberdade das pessoas com a justificativa de proteção, ao mesmo tempo em que ninguém pode ser coagido a ser protegido sem querer. De acordo com a autora, esse tipo de intervenção supostamente protetiva contraria a noção de democracia, na medida em que exclui a capacidade de escolha dos sujeitos.

Nessa perspectiva, o proibicionismo estatal estaria sendo contrário a própria noção de democracia, já que a proteção alegada pelo Estado não pode se sobrepor à liberdade de escolha dos cidadãos. Karam (2013) aprofunda essas contradições, especialmente no campo da saúde, tendo em vista que o Estado deixa que o mercado ilegal produza e venda substâncias potencialmente perigosas, sem qualquer tipo de regulamentação:

O pretexto de proteção à saúde revela o que talvez seja o maior dos paradoxos dessa danosa política: a própria proibição causa maiores riscos e danos à mesma saúde que enganosamente anuncia pretender proteger. Com a irracional decisão de enfrentar um problema de saúde com o sistema penal, o Estado agrava esse próprio problema de saúde. Com a proibição, o Estado acaba por entregar o próspero mercado das drogas tornadas ilícitas a agentes econômicos que, atuando na clandestinidade, não estão sujeitos a qualquer limitação reguladora de suas atividades. A ilegalidade significa exatamente a falta de qualquer controle sobre o supostamente indesejado mercado. São esses criminalizados agentes – os ditos “traficantes”, ou os “inimigos” da “guerras às drogas” – que decidem quais as drogas que serão fornecidas, qual seu potencial tóxico, com que substâncias serão misturadas, qual será seu preço, a quem serão vendidas e onde serão vendidas (p. 12).

Desse modo, a autora compreende que apenas pela via da legalização das SPA será possível regular esse mercado e também reduzir a violência, já que o Estado passaria a controlar a produção, a venda e o consumo das drogas hoje ilícitas. O aparato policial, legal e penitenciário poderia priorizar outros enfrentamentos, pois é de conhecimento público e notório o espaço que o combate ao tráfico de drogas ocupa no Sistema de Justiça e Segurança, em nosso país.

Os dados mais recentes do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (2017) mostram o crescimento da população carcerária. Em termos quantitativos, significa dizer que, em junho de 2016, tínhamos 726.712 pessoas presas. Desse universo, mais da metade são jovens e 64% são pessoas negras. Dentre os crimes cometidos, os delitos relacionados ao tráfico de drogas são os que mais encarceram, correspondendo à 28% de todas as pessoas presas. Quando observamos as informações sobre mulheres presas, por crimes relacionados ao tráfico de drogas, esse número sobe para 62%.

Em nível mundial, de acordo com esse levantamento, o Brasil saiu do quarto para o terceiro lugar, no *ranking* mundial, no quesito que mede a população carcerária. Estamos atrás apenas dos Estados Unidos e da China, tendo passado a Rússia que até então figurava como terceiro lugar nessa estimativa<sup>3</sup>.

Diante dessa conjuntura de expansão do poder punitivo, Karam (2013) defende não apenas a descriminalização do uso ou a legalização das SPA consideradas mais leves, e sim, a legalização da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas que atualmente são ilícitas. Ela entende que quanto mais potente uma droga, mais razões temos para legalizá-la, pois não temos como controlar e regular algo que é ilegal e finaliza afirmando:

O fim da insana e sanguinária “guerra às drogas” e a substituição da proibição por um sistema de legalização e consequente regulação da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas são passos primordiais para conter a expansão do poder punitivo; para afastar leis violadoras de direitos fundamentais; para eliminar a violência e a corrupção provocadas pela proibição; para efetivamente proteger a saúde (p. 14).

No campo da saúde, além do viés proibicionista caracterizado fundamentalmente por tratamentos que operam com o princípio da abstinência, vamos encontrar também a perspectiva da redução de danos (RD). Essa proposta emergiu na década de 1980, mais especificamente na Holanda e na Inglaterra, em consequência dos impactos advindos da transmissão do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis. A redução de danos tem sido

---

<sup>3</sup> <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-12/populacao-carceraria-do-brasil-sobe-de-622202-para-726712-pessoas>. Acesso em 21 abr 2018.

avaliada como a estratégia mais adequada para lidar com a complexa questão das SPA, já que parte da compreensão que as drogas não deixarão de existir e continuarão a ser usadas. Assim, consegue atender pessoas com diferentes padrões de uso e vê o uso como um problema de saúde pública e o tráfico como um problema jurídico-policial (ALVES, 2009).

Vale ressaltar que a redução de danos se centra nas necessidades das pessoas atendidas. Nesse sentido, ela não se contrapõe à abstinência de drogas, podendo essa também ser uma opção para a pessoa. A diferença é que essa proposta lida com as realidades singulares apresentadas e visa minimizar os danos decorrentes do uso problemático de SPA.

Do ponto de vista jurídico-normativo, podemos reconhecer, no Brasil, legislações de cunho proibicionista que entraram em vigor na primeira metade do século XX, enquanto que as primeiras possibilidades de tratamento surgiram somente na década de 1970 para “*infratores viciados*” por meio de “*internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação*” (ALVES, 2009). Esse retrato evidencia a invisibilidade na qual estava colocada a questão do uso de drogas, no país, já que inexistia quaisquer espaços de tratamentos para pessoas que fizessem uso abusivo de álcool e outras SPA. A única possibilidade de tratamento para essas pessoas se restringia à internação em hospitais psiquiátricos, demonstrando a falta de lugar e clareza dessa pauta em nossa sociedade.

De acordo com Alves (2009), essa realidade só irá mudar, de modo mais significativo, a partir da segunda metade da década de 1980, com a criação de centros de referência, em sua maioria, ligado a universidades públicas para pesquisar a temática do álcool e outras drogas, o advento do vírus HIV e realizar ações de prevenção nessa área. Algumas instituições terapêuticas privadas já existiam e aumentaram, na década de 1990, em função da lacuna de serviços junto a esse público.

A criação de serviços públicos de saúde específicos para pessoas que fazem uso problemático de SPA vai se concretizar, no Brasil, apenas em 2003, com a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Nessa normativa, o Estado reconhece o atraso histórico da inserção dessa pauta na agenda da saúde pública e afirma que a responsabilidade de atendimento dessa população é do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede de atenção estará integrada à política de atenção psicossocial por meio da implantação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), na perspectiva da redução de danos. Dessa forma, vemos, de um lado, legislações proibicionistas e, de outro, a adoção da redução de danos como política nos serviços de saúde, revelando o caráter antagônico dessa temática no país (ALVES, 2009).

Em relação à população que faz uso de SPA, identificamos que os estudos quantitativos ainda são escassos no Brasil, sendo o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, realizado em 2005, o mais amplo e recente, pois estimou o uso de drogas lícitas e ilícitas nas 108 maiores cidades do país, inclusive drogas legais, mas de uso controlado, como, por exemplo, barbitúricos, benzodiazepínicos, esteroides, xaropes, dentre outros. Essa pesquisa epidemiológica foi feita pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e resultou em quase oito mil entrevistas espalhadas por todas as regiões do Brasil.

Os principais achados desse levantamento apontaram que 22,8% da população pesquisada usou, ao longo da vida, alguma SPA que não álcool ou tabaco. Dentre as substâncias ilícitas, a mais mencionada como já tendo sido consumida foi a maconha com 8,8%. Em todas as regiões do país, as três SPA ilícitas e/ou de uso controlado mais utilizadas foram a maconha, os solventes e os benzodiazepínicos. Já o uso de *crack* foi mencionado por apenas 0,7% das pessoas entrevistadas, contrariando as ideias veiculadas de que estaríamos vivendo uma epidemia dessa SPA especificamente (CEBRID, 2005).

Ao estabelecermos um comparativo dos resultados desse II Levantamento Domiciliar, realizado em 2005, com o I Levantamento feito nos mesmos moldes, em 2001, não encontramos diferenças estatisticamente significativas (CEBRID, 2005). Houve um pequeno aumento no número de pessoas entrevistadas que respondeu positivamente ao uso das drogas listadas, no entanto, também houve um crescimento populacional. Isso nos leva à constatação de que os padrões de uso de SPA se mantiveram semelhantes.

Nesse último levantamento, há alguns dados específicos sobre mulheres que ajudam a desenhar algumas diferenças em relação ao consumo de SPA, em comparação aos homens. A amostra total de pessoas se apresentou equilibrada quando comparamos os sexos dentro de uma mesma faixa etária, havendo um discreto predomínio do sexo feminino do universo entrevistado com idades de 35 ou mais anos. No quesito estado civil, algumas porcentagens interessantes foram identificadas: há mais homens casados que mulheres (46,3% contra 43,4%), mais mulheres viúvas (2,2% contra 7,4%) e mais mulheres separadas (5,3% contra 8,3%). Esses números indicam mais arranjos familiares em que as mulheres estão sozinhas. Já em relação ao consumo de álcool, percebeu-se que os homens fizeram mais uso do que as mulheres em todas as faixas etárias pesquisadas. No que diz respeito à situação de dependência do álcool, a pesquisa verificou que a porcentagem é três vezes maior em homens do que em mulheres (CEBRID, 2005).

Em se tratando de estudos quantitativos, vale a pena trazer também alguns dados produzidos a partir da mais recente pesquisa nacional sobre o uso de *crack*, realizada em 2012. Trata-se de uma pesquisa que investigou as cenas de *crack* das principais regiões metropolitanas do Brasil, numa perspectiva etnográfica e que também realizou um inquérito epidemiológico para delinear o perfil dessa população. Além disso, a metodologia adotada possibilitou a criação de estimativas de proporção e distribuição geográfica desse público em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal. Esse estudo constitui-se como a maior pesquisa já realizada sobre o uso do *crack* não apenas no país, mas em nível mundial. Como a investigação se deu exclusivamente nas cenas de uso, não é possível dizer que essa amostra pesquisada representa o universo de usuários de *crack*, já que não foram feitas entrevistas em locais privados ou nos domicílios das pessoas que usam *crack* (FIOCRUZ, 2014).

Para ser elegível e entrar na pesquisa, a pessoa deveria integrar uma das cenas de uso e ter consumido *crack* ou similares (pasta base, merla ou *oxi*) 25 vezes nos últimos seis meses, o equivalente a uma vez por semana no último semestre. Essa é uma referência retirada dos índices da Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera esse padrão de uso de drogas como sendo de alto risco. Feita a identificação dessas pessoas, era feito o convite para que participassem do inquérito individual que aconteceria num outro espaço (FIOCRUZ, 2014).

Nessa amostra pesquisada, foi possível identificar que a maioria é jovem, com idade média na faixa dos 30 anos, sexo masculino (78%), com o predomínio de pessoas não-brancas, já que apenas 20% se autodeclararam como brancos. Esse grupo é majoritariamente solteiro (60%) e com escolaridade predominante no ensino fundamental entre 4<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> série (57%). Um dado interessante que surpreendeu o que era esperado inicialmente diz respeito à ideia de que o uso de *crack* seria maior no Sudeste, em função das cenas de uso que passaram a ser chamadas de *cracolândias*. Contrariando essa expectativa, o estudo estimou que existe uma maior proporção de usuários de *crack* nas capitais da região Nordeste, com aproximadamente 150 mil pessoas, do que na região Sudeste que teria em torno de 115 mil usuários que haviam usado *crack* regularmente nos últimos seis meses. Com esse dado, podemos perceber como a visibilidade das cenas de uso impacta a opinião pública e os meios de comunicação, já que se supunha que na região sudeste estaria a maior concentração de pessoas usuárias de *crack*. Por fim, a pesquisa identificou que 0,8% das pessoas entrevistadas se encaixaram no perfil de usuárias de alto risco, ou seja, um índice bastante semelhante ao levantamento domiciliar de 2005 que apontou 0,7% de indivíduos que teriam usado *crack* ou similares (FIOCRUZ, 2014).

A pesquisa também traz um capítulo apenas sobre as mulheres que participaram desse inquérito nacional, apresentando dados importantes para pensarmos o uso de *crack*, as questões de gênero, suas diferenças e peculiaridades. Ainda que em termos quantitativos, o número de mulheres não seja tão expressivo como o de homens que usam *crack*, é de fundamental importância conhecer esse público, caracterizar quem são essas mulheres para então pensar ações e políticas sensíveis, de acordo com suas especificidades.

Nessa lógica, entendemos que a perspectiva da redução de danos consegue abordar essas questões, além de problematizar aspectos importantes no campo das drogas. Trata-se de uma perspectiva que coloca em questão a criminalização e a patologização dos usuários de SPA, pois insere uma diversidade de possibilidades de uso, desassociando-os do estereótipo de criminosos e doentes (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

O lugar tradicionalmente atribuído às pessoas que usam SPA será questionado pela RD, tendo em vista que existem diferentes possibilidades de uso de drogas, sem que isso signifique necessariamente crime e doença. Além das pessoas que, efetivamente, desenvolvem uma dependência química, teremos pessoas que estabelecem outras relações com as SPA. Por exemplo: sujeitos que fazem um uso recreacional das SPA; indivíduos que não desejam parar o uso, mas querem reduzir os danos; pessoas que buscam tratamento e querem parar de usar drogas; usuários frequentes que não desejam se tratar, dentre muitos outros. Essa realidade plural não permite que todos sejam enquadrados na equação simplista de que quem usa drogas são pessoas doentes e criminosas.

Ao mesmo tempo que a RD questionou essas “verdades” construídas sobre quem usa SPA, também vamos assistir a criação da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), em 1996, que contribuiu para construir processos interessantes de gestão. Inicialmente com a função de capacitar e articular os programas de redução de danos, a ABORDA conseguiu mobilizar diferentes categorias que estavam envolvidas nessa seara: redutores de danos, usuários, estudantes, pesquisadores, pessoas com HIV e travestis. Esses grupos construíram e consolidaram uma rede, fomentaram a criação de outras entidades e foram de suma importância para pautar uma nova política sobre drogas, em nosso país (PASSOS; SOUZA, 2011). Nesse sentido, podemos definir e sintetizar os princípios da RD:

A RD é um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo (PASSOS, 2011, p. 161).

No entanto, o fato da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas do MS ter a RD como princípio orientador não significou, na prática, que as ações desenvolvidas nos CAPSad estivessem em consonância com a RD. Se olharmos a política mais ampla em que se insere a atenção aos usuários de SPA, identificamos que se trata da política de atenção psicossocial do campo da saúde mental. Estamos nos referindo aos serviços responsáveis pelo cuidado de transtornos mentais mais severos e não espaços de saúde da atenção primária.

Levando em consideração a integralidade dessa política, ações de prevenção e diagnóstico precoce de pessoas que fazem uso problemático de SPA deveriam estar sendo realizadas na atenção primária, contudo, isso não tem ocorrido. De acordo com Tófoli (2015), *“as equipes de Saúde da Família (modelo no qual se centra a atenção primária brasileira) têm se considerado pouco capazes de cuidar de usuários que abusem de substâncias, em geral encaminhando-os para serviços especializados”* (p. 2). Detectamos aqui uma dificuldade importante porque o uso abusivo de SPA que poderia ser abordado no cotidiano da saúde e seguramente iria abranger uma parcela bem mais ampla da sociedade, por ser atenção primária, continua circunscrito aos CAPSad.

Também é importante ressaltar que ainda existe preconceito em relação à saúde mental, fazendo com que possíveis usuários dos CAPSad não procurem o serviço por não acharem que seu caso é tão grave assim. Algo que certamente aconteceria menos se a abordagem sobre o uso de álcool e outras drogas estivesse sendo feita pelas equipes de saúde da atenção primária. Sendo assim, concordamos com Almeida e Barros (2017) quando retomam o que a política de saúde mental herdou dos antigos manicômios e que acaba valendo também para os CAPSad:

A sociedade não quer saber se é manicômio ou se é CAPS, o que ela demanda é que façamos uma gestão dos transtornos que os efeitos transbordantes da loucura – e mais recentemente do uso de drogas – provocam no tecido social. Sabemos que não podemos recusar esse mandato de produção da ordem, sob o risco do retorno ao antigo modelo manicomial, ainda mais se considerarmos o crescimento exponencial das comunidades terapêuticas, mas podemos subvertê-lo no seu mais profundo âmago, que é a nossa atividade. Lá onde se espera prisão, atos de liberdade, lá onde se espera morte manicomial, atos de produção de vida. Podemos produzir o diferente num espaço de limites (p. 164).

Outro aspecto limitador ou até mesmo contraditório nos serviços de saúde mental e na política adotada pelo MS se refere ao fato da RD atuar nas cenas de uso de drogas, diretamente com as pessoas quando estão consumindo SPA. Isso não é feito pelas equipes do

CAPSad, já que, como outros serviços de saúde, não realiza atividades externas ou de rua, trabalhando mais com casos de demanda espontânea ou encaminhados por outros serviços.

Essa contradições minimizaram com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de 2011, pois o governo federal passou a financiar a implantação de equipes de Consultório na Rua (CnaR) que integram a atenção primária em saúde e trabalham com a população em situação de rua. Esse programa possui muitas características da RD em sua prática e permitiram que essas equipes acessassem as cenas de uso de SPA, trabalhando diretamente com os usuários quando estavam consumindo drogas. No entanto, sabemos das limitações de atuação dessas equipes itinerantes, ficando evidente como a maior parte das pessoas que usam SPA continua não chegando nos serviços de saúde e permanecendo na invisibilidade.

A proposta de implantar equipes de CnaR para atuar nas questões de saúde básica da população em situação de rua advém de uma ampliação dos Consultórios de Rua (CdeR) que focavam saúde mental e uso abusivo de SPA. Entendeu-se que esse público possui outros problemas de saúde que se agravam com a vivência de rua, sendo importante uma atuação que incorporasse ações de saúde da família no campo da hipertensão, diabetes, doenças de pele, pulmonares e sexualmente transmissíveis, expandindo o acesso à saúde dessa população (SANTANA, 2014).

Quando falamos de pessoas em situação de rua, a questão da invisibilidade se acentua ainda mais, tendo em vista a ausência de números oficiais sobre essa população específica. Segundo o IPEA (2016), as estimativas mais recentes foram produzidas a partir do Censo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) que é um instrumento eletrônico nacional de captação anual de informações institucionais dos principais órgãos e equipamentos da Assistência Social, tais como: Secretarias, Conselhos Estaduais e Municipais de Assistência Social, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP). Foi estimada uma população de aproximadamente 100 mil pessoas em situação de rua, no Brasil, de acordo com essas fontes.

Trata-se de um público com muitas especificidades, desde suas características até as próprias estratégias de abordagem que devem ser adotadas pelas equipes de saúde ou da assistência social. Nesse sentido, o MS lançou, em 2012, um manual de cuidados da população em situação de rua para orientar o trabalho com esse público na perspectiva da integralidade da saúde.

É interessante comentar que existe um fluxograma construído no caso de mulheres em situação de rua que estejam grávidas e com relato de uso de SPA, descrevendo os encaminhamentos e quem são as demais instituições a serem acionadas.

A orientação do MS recomenda que as equipes trabalhem em diversas frentes, considerando o ausência dessas mulheres nas consultas de saúde, a saber: a captação precoce dessas mulheres, através de ações intersetoriais com outros serviços; o agendamento do pré-natal de alto risco com a maior brevidade possível; o acompanhamento dessas mulheres nas consultas obstétricas quando necessário, o estabelecimento de parcerias com a assistência social e o contato com o conselho tutelar nos casos necessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Podemos observar como a questão central diz respeito a conseguir captar essa mulher para o serviço, já assumindo o caso como necessariamente de alto risco, e sem estabelecer nenhuma ação em relação ao uso de SPA. Parece que a preocupação principal é apenas conseguir acompanhar o bebê que está sendo gestado, desconsiderando a necessidade de construir ações de RD com essa mulher grávida. Mais uma vez, vemos como a invisibilidade da temática das SPA continua vigente nas ações da atenção básica.

Ainda nesse aspecto, chama a atenção a seguinte orientação: *“Cabe ressaltar que, no caso de relato de uso de substâncias psicoativas, a atenção psicossocial (CRAS, CREAS, o CAPSad, conselho tutelar, entre outros) deve ser sempre considerada como forma de garantir proteção quanto a comportamentos de risco da gestante”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 68). A pauta das SPA segue exclusivamente atrelada à saúde mental e as instituições mencionadas acima não têm qualquer formação sobre a RD, à exceção do CAPSad, que geralmente não faz trabalhos de busca ativa. Provavelmente, o CRAS, o CREAS e o conselho tutelar vão atuar na perspectiva da lógica da abstinência e do proibicionismo. Nesse cenário, as chances de vinculação dessas mulheres com os serviços são pequenas e o uso de SPA continuará criminalizado e não tratado como questão de saúde.

Merhy et al. (2014) problematiza como as equipes dos serviços de saúde, educação e assistência social desconhecem a multiplicidade de existências das pessoas em situação de rua que atendem. Além disso, tendem a considerar *“seus lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções, restringem-se a pensar em políticas e ações tão focais, que se distraem ou não conseguem ver a produção da vida, ali onde é potente”* (p. 159). Os autores colocam ainda, enquanto ponto crucial no atendimento dessa população, como se opera uma anulação de possibilidades de vida dessas pessoas e sua substituição por estigmas e incapacidades, passando esses sujeitos a terem suas vidas governadas por outros.

No caso de mulheres em situação de rua, com uso de SPA ou não, constatamos como essa especificidade é ainda mais desconhecida e ausente das políticas e programas institucionais, no país. Tanto em relação às vivências de rua como no uso abusivo de SPA, os estudos geralmente são genéricos ou tendem a considerar os homens como principais referências, quase inexistindo pesquisas nessa intersecção mulheres e uso de drogas, numa perspectiva de gênero. Um dos poucos artigos que encontramos, que discute isso, afirma:

Especificamente sobre as mulheres, dos estudos que averiguam o seu consumo de SPA, muitos priorizam as repercussões associadas aos efeitos das substâncias psicoativas sobre o organismo feminino, nomeadamente sobre seu sistema reprodutor e à saúde do bebê, quando engravidam. As repercussões mais discutidas são sobre as alterações no ciclo menstrual, infertilidade, risco de aborto e mau desenvolvimento fetal (Síndrome do Alcoolismo Fetal, por exemplo), além do desenvolvimento de diferentes tipos de câncer e contaminação pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (SOUZA, 2013). Seus resultados apontam que as consequências para a saúde estão diretamente relacionadas ao tipo de substância consumida, com foco na substância e sem considerar as particularidades da usuária e do contexto onde ela se insere. Esta tendência pode ser analisada a partir do fato de a tradição científica salientar o papel reprodutivo das mulheres como a parte mais importante de suas vidas, o que acaba por deixar omissões em relação a outros aspectos do cotidiano feminino (Idem) (ALVES; ROSA, 2016, p. 452).

Podemos perceber como, nessa temática do uso de SPA por mulheres, o dispositivo da maternidade volta a ganhar espaço, na medida em que vai olhar para essa mulher apenas enquanto mãe, obscurecendo outros aspectos também relevantes. Como decorrência dessa invisibilidade, as autoras vão trazer quais são as principais dificuldades no tratamento dessa questão de mulheres que fazem uso de SPA, no Brasil:

Várias barreiras de ordem sistêmica, estrutural, social, cultural e pessoal quanto ao acesso aos serviços são enfrentadas pelas mulheres com uso de SPA em nosso país (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007). As sistêmicas mostram a falta de habilidade – tanto da parte de pesquisadores e formuladores de políticas, como da população feminina – em identificar as diferenças de gênero, o que, evidentemente, influencia as políticas e as decisões para programas que atendam às necessidades específicas das mulheres. As estruturais estão relacionadas às práticas e políticas dos programas e serviços de assistência à saúde da mulher no tocante: às abordagens utilizadas, à localização dos serviços e aos seus custos de acesso, à rigidez nas programações e nos critérios de admissão, etc. Por fim, as barreiras social, cultural e pessoal se referem aos comportamentos e aos papéis predeterminados social e culturalmente às mulheres (Idem). Quanto a isso, reconhecer a necessidade da produção de um cuidado diferenciado para homens e mulheres é importante, mas o problema, aqui, é a intervenção orientada por visões cristalizadas, dicotômicas e tradicionais a respeito do gênero, das masculinidades e feminilidades. Há, nesse caso, uma

naturalização de condutas relacionadas aos homens e às mulheres (ALVES; ROSA, 2016, p. 453).

Boyd (2015) estuda a questão do uso de SPA por mulheres nos dias atuais e as compara às bruxas de antigamente, em função da perseguição e da punição a que são submetidas cotidianamente. A autora estabelece comparações entre a realidade norte-americana e a canadense, onde atua como professora e pesquisadora. Ela afirma que a maior parte dos estudos, a partir da década de 1980, foram realizados com mulheres pobres, havendo uma constante associação entre pobreza e uso de SPA. Um estudo longitudinal, conduzido por Hallam Hurt, realizado com 110 crianças que são adultas atualmente, indicou que a exposição à pobreza influenciou muito mais do que a exposição à cocaína, pois não houve diferenças em relação à abstinência na amostra controle (BOYD, 2015).

No que diz respeito a serviços específicos para esse público, é de suma importância mencionarmos o trabalho desenvolvido por Mary Hepburn, uma médica ginecologista e obstetra escocesa pioneira na área. Ela foi responsável por criar, na década de 1980, na cidade de Glasgow, na Escócia, uma clínica modelo que hoje funciona como referência para diversos países. Trata-se de um serviço multidisciplinar com parteiras, médicos, assistentes sociais e especialistas em dependências químicas. No primeiro ano, havia apenas 12 pacientes; no segundo ano, 64 e no terceiro ano, já eram mais de 130 mulheres sendo atendidas nessa clínica escocesa<sup>4</sup>.

Nesse serviço, em Glasgow, cerca de duzentos bebês foram acompanhados, filhos/as de mulheres que usavam SPA. Apenas 7% deles precisaram de tratamento para questões relacionadas à abstinência e um número ainda menor necessitou de berçário especial para cuidados de saúde (HEPBURN, 1993 apud BOYD, 2015). Dessa forma, na opinião dessa médica, ainda que o uso de SPA seja um risco, ele é considerado gerenciável. Busca-se a estabilização das mulheres, mais do que alcançar a completa abstinência, por meio da desintoxicação durante a gravidez e a prescrição de metadona. As mães não são separadas dos seus filhos e a amamentação é incentivada para minimizar os efeitos da síndrome da abstinência dos bebês. Há a compreensão de que os benefícios da amamentação superam os riscos teóricos, especialmente no que tange aos casos de HIV e hepatite C materna (HEPBURN, 2002 apud BOYD, 2015).

Hepburn afirma que a sociedade precisa ajudar as mães dependentes químicas, se opondo, de modo veemente, as propostas de mulheres usuárias de SPA que devem deixar de

---

<sup>4</sup> <https://www.heraldscotland.com/news/14777840.how-clinic-gave-birth-to-a-maternity-care-model-worldwide/>. Acesso em 23 abr 2018.

ser mães, à adição de contraceptivos nas drogas que essas pessoas utilizam ou mesmo a assinatura forçada de contratos dessas mulheres dizendo que não irão engravidar. Ela denomina essas intervenções como fascistas, antiéticas e imorais<sup>5</sup>.

No Canadá, somente em 2003, passou a haver um serviço de saúde inspirado do modelo escocês, pois o que predominava no país ainda eram abordagens punitivas e na lógica da abstinência. Com a visita da Mary Hepburn e sua equipe, deu-se início à criação de uma clínica baseada na RD, com a diferença de que no centro de saúde canadense não havia parteiros como existe em Glasgow. O responsável pela entidade dirigiu uma pesquisa comparativa, no período de 2003 a 2006, com bebês dessa clínica e um outro serviço tradicional. Foi verificado que, com o alojamento conjunto das mães com seus bebês, diminuiu significativamente a internação em unidades de tratamento intensivo, sendo possível concluir que a probabilidade desses bebês serem internados caía pela metade. Também aumentava a chance dos bebês serem amamentados e ficarem com suas mães após a estadia no serviço (ABRAHAMS et al., 2010 apud BOYD, 2015).

Boyd (2015) resume o que tem ocorrido com as mulheres que usam SPA e engravidam ou se tornam mães, fazendo o enquadre de quais tipos de pessoas estão submetidas a essa regulação:

Os corpos das mulheres há muito tempo são o terreno para promover políticas proibicionistas de drogas punitivas através das leis sobre drogas e uma rede de regulação que se cruza através da justiça criminal, bem-estar social, proteção infantil e políticas de saúde que ameaçam os direitos humanos reprodutivos das mulheres. Devido ao medo e desinformação sobre drogas, danos ao feto, pais e drogas, mulheres pobres e racializadas que são suspeitas de usar drogas ilegais estão ameaçadas de apreensão infantil, tratamento compulsório, ser presas e tempo de prisão. As crianças são retiradas à força de suas mães pelo estado. Para algumas mulheres e seus filhos, a punição é vitalícia (p. 4).

Essas experiências internacionais nos mostram as possibilidades de tratamento e cuidado que podem ser ofertadas às mulheres quando se pensa o uso de SPA como questão de saúde pública. Trata-se mais da necessidade imperativa de mudar o paradigma que orienta as ações e programas nessa área, ou seja, abandonar a perspectiva proibicionista e de criminalização, para uma abordagem que considera que as pessoas continuarão a usar SPA sendo as drogas legais ou não.

---

<sup>5</sup> <https://www.heraldscotland.com/news/12772823.society-must-help-addicted-mums/>. Acesso em 23 abr 2018.

### 3 JUDICIALIZAÇÃO DA VIDA NA CONTEMPORANEIDADE: terceirizando conflitos e ampliando o poder punitivo

*“O sentido da política é a liberdade.”*

HANNAH ARENDT – O que é política?

Inicialmente, é importante ressaltar que estamos partindo da noção de judicialização da vida enquanto um fenômeno contemporâneo em que se busca o Poder Judiciário para resolver conflitos das mais diversas ordens. Questões familiares, conjugais, comunitárias, entre vizinhos, e outras divergências, geralmente da esfera privada, acabam não sendo resolvidas localmente entre as partes envolvidas, exigindo a participação de terceiros na resolução dos conflitos. Oliveira e Brito (2013) aprofundam essa ideia, quando dizem que além de recorrer ao Poder Judiciário, nessa lógica de judicialização:

... também se incorporam e se legitimam seus modos de operação, reproduzindo-se o controle, o julgamento e a punição das condutas, em prol - assim é justificado - da inviolabilidade dos direitos, do melhor interesse, da proteção e do bem-estar de algumas vidas (p. 80).

Trata-se de um mecanismo que não se resume a terceirizar os conflitos para outros resolverem, mas no qual passa-se a adotar o modo de funcionamento do Sistema de Justiça enquanto uma cultura legítima de vida em sociedade. Nesse sentido, controlar, julgar e punir determinadas condutas torna-se uma maneira de governar as vidas nos dias de hoje, diante de situações nas quais as pessoas envolvidas não conseguem entrar em acordo.

Do ponto de vista da Psicologia, as mesmas autoras vão identificar como esse fenômeno da judicialização enseja *“a produção de subjetividades aprisionadoras, moralizantes, que vigiam e julgam a si mesmas e às demais, fortalecendo as biopolíticas que homogeneízam e delimitam os modos existenciais”* (OLIVEIRA; BRITO, 2013, p. 86). Em contextos que privilegiam o controle, o julgamento e a punição de certos comportamentos, seguramente haverá um amoldamento das condutas, no sentido de atender ao esperado e restringir os modos de governar as vidas.

Avaliamos que esse processo de judicialização emerge em função de algumas condições, não cabendo aqui um maior aprofundamento desse fenômeno. De qualquer maneira, entendemos essa busca recorrente pelo Poder Judiciário como um sintoma social, ou seja, frente à falta de respostas satisfatórias dos meios convencionais, aliado ao fato de vivermos atualmente uma cultura da des-responsabilização, judicializa-se aquilo que não é

conveniente resolver de outra maneira. Também nos questionamos: por que não são construídas saídas mais pacíficas e menos litigiosas? Numa era em que se vive o imediatismo, há pouca disponibilidade em se buscar a composição de interesses; ao contrário, parece que a necessidade socialmente construída de que é preciso resolver as questões velozmente tem levado as pessoas a procurar respostas mais rápidas.

Nesse estudo, partimos da ideia de conflito na perspectiva de Vasconcelos (2008) que entende a divergência de interesses como sendo inerente à vida humana. No ocidente, temos um paradigma vigente que nos acostumou a olhar e viver o conflito necessariamente como algo negativo e pejorativo. Essa lógica enseja modos de vida que não enfrentam os conflitos, deixando-os escanteados e camuflados. Isso dificulta o enfrentamento dessas dificuldades, podendo engendrar estratégias de terceirização, na medida em que se recorre ao Poder Judiciário, delegando a resolução desses conflitos.

Nesse contexto, constatamos, nos dias atuais, um modo de existência que tem expandido a judicialização para diversas esferas da vida, tornando-se uma ferramenta para lidar com os conflitos de forma recorrente. Concordamos com Nascimento (2014), quando ela define esse processo de judicialização da vida *“como uma construção subjetiva que implanta a lógica do julgamento, da punição, do uso da lei como parâmetro de organização da vida”* (p. 460). Esse modo de gestão da vida tem enfatizado condutas e olhares punitivos e imprimido um enquadre rígido sobre como as pessoas devem governar suas vidas e também a dos outros no seu entorno próximo.

Lobo (2012) problematiza, a partir de um texto de Foucault de 1977 denominado “A expansão do judiciável” como aquela realidade retratada pelo filósofo, há mais de 40 anos atrás, se mantém extremamente atual. Ela afirma: *“O que hoje se observa é a multiplicação dos objetos judiciáveis, a redefinição do sentido da violência, o que significa também a multiplicação das atribuições judiciárias”* (p. 29). Esse processo de alargamento dos objetos judiciáveis não se dá sem consequências. Podemos evidenciar a repercussão desse tipo de prática na conclusão da autora sobre esse assunto:

Estas funções judiciárias já vêm se capilarizando e se multiplicando em nosso mundo, de tal modo que só entendemos a liberdade pela violação, pela vulnerabilidade tornada necessária para que nos tornemos presas fáceis e obedientes a esta economia de poderes que, em nome da proteção e da segurança, pretende obstruir as intensidades da vida (LOBO, 2012, p. 29).

Essa lógica de gestão da vida pela lei e pela punição limita e restringe os modos de existência, sob o pretexto de que, em sociedades assim regidas, estamos protegidos e seguros.

Paradoxalmente, podemos ver como a percepção de insegurança só aumenta junto à população brasileira, bem como os crimes cometidos. De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), no 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2017), houve um aumento de 50% no número de pessoas que morreram em decorrência de latrocínio, em nível nacional. Também houve o crescimento de 23% em relação ao número de policiais que vieram à óbito no ano de 2016, em comparação ao ano anterior. Isso apenas para citar alguns exemplos, já que não se trata de aprofundar a discussão sobre segurança pública no Brasil. Importa sim problematizar como a questão da proteção e da segurança não são temas fáceis de debater.

Castel (2005) fala sobre os riscos sociais “clássicos”, tais como acidentes, doenças, desemprego, incapacidade de trabalhar em função da idade e/ou deficiências e as dificuldades crescentes em não ser acometido por nenhum desses riscos. Além desses riscos, estamos assistindo a uma nova série de riscos na contemporaneidade relacionados ao desenvolvimento científico e tecnológico; são os riscos industriais, sanitários, tecnológicos, ecológicos, entre outros. Um princípio geral da incerteza estaria comandando nosso futuro civilizatório. Para vários tipos de riscos, a tecnologia do seguro foi o instrumento que permitiu o controle desses problemas, no entanto, para essa nova geração de riscos não cabe a ideia do seguro porque se tratam de riscos imprevisíveis.

O autor cita tragédias como, por exemplo, o desastre nuclear de Chernobyl e a doença da vaca louca, evidenciando a complexidade de variáveis e aspectos que devem ser considerados, impossibilitando o mecanismo do seguro como estratégia de enfrentamento desse tipo de fenômeno. Associado a isso, temos a confusão entre a ideia de risco e de perigo, chegando ao ponto dessa cultura de risco fabricar perigos (CASTEL, 2005).

Tomando essas reflexões elaboradas majoritariamente a partir das democracias desenvolvidas do hemisfério norte, se adicionarmos os dados produzidos no Brasil, no que se refere a criminalidade, nos deparamos com uma realidade bastante problemática. Isso porque vivenciamos uma situação crônica de insegurança pública; as classes mais abastadas adotaram estratégias para minimizar os riscos de serem surpreendidas por crimes contra a vida e contra seu patrimônio, porém, essas tentativas de proteção não significam diminuição dos eventos criminosos. Enquanto isso, as classes populares ficam ainda mais desprotegidas, considerando os processos mais amplos de privatização da segurança e o sucateamento das políticas públicas de segurança.

Para Castel (2005), as periferias das grandes cidades estariam sendo diabolizadas e os jovens desses territórios seriam os responsáveis pela insegurança social e pelas ameaças que a

vida em sociedade traz. Segundo o mesmo autor, seria o retorno das classes perigosas, na medida em que grupos particulares, de modo cristalizado, por meio da mídia, por parte da opinião pública e do poder político contribuiriam para definir as periferias e seus jovens como o “*abcesso de fixação da insegurança*” (p. 55).

No esteio dessa discussão, entendemos que não apenas os jovens das periferias, mas outros grupos particulares, em nosso país, também assumem esse lugar de ameaça e são responsabilizados como geradores de insegurança social. Por questões óbvias, não listaremos aqui quais classes de pessoas costumam integrar esse tipo de moralidade e opiniões baseadas, maciçamente, em aspectos do senso comum.

Ao olharmos para o objeto da presente tese, poderemos ver como essas mulheres que usam SPA e/ou estão em situação de rua e acabam engravidando, são capturadas por essa perspectiva judicializante, na medida em que são julgadas e acabam sendo punidas pelas condições em que se encontram. Elas são responsabilizadas pela situação de extrema vulnerabilidade em que estão inseridas, dificultando inclusive o acesso, a formação de vínculos e o cuidado dessa população específica. Aspectos complexos estão conectados nesse fenômeno, mencionando apenas alguns: mulheres que fazem uso de SPA, mulheres em situação de rua, gravidez, maternidade, bebês, cuidados em saúde e pobreza.

É importante mencionar que estamos tomando a noção de vulnerabilidade, na perspectiva de Ayres et al. (2006), ou seja, uma ideia de vulnerabilidade composta por dimensões individuais, sociais e programáticas (ou institucionais). Numa visão tradicional de vulnerabilidade, essas mulheres podem ser vistas como vulneráveis, em função do uso de SPA e/ou pela vivência de rua, de maneira isolada pelo seu comportamento individual. Exemplificando: um tratamento para o uso de SPA pode ser ofertado e essa mulher não aderir. Essa resposta é analisada individualmente, sem que outras reflexões sejam produzidas sobre essa não adesão. De acordo com os autores, a racionalidade tradicional no campo da saúde tende a olhar para os fenômenos como eventos que precisam ser partidos, isolados e discriminados. Já, na proposta de Ayres et al. (2006), as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética que privilegia a construção de significados e a incorporação de outros aspectos (individuais, sociais e programáticos), contribuindo assim para uma compreensão mais ampla, dinâmica e de caráter complexo.

Dessa forma, para entender a questão do uso de SPA por mulheres pobres que engravidam e se tornam mães, é preciso levar em consideração não apenas suas condutas individuais, mas as relações de gênero, geracionais, de renda e trabalho, os estigmas, as normas sociais, dentre outros aspectos sociais, assim como as questões institucionais dos

programas, políticas e os resultados dessas ações, no sentido de transformar e superar essas situações de vulnerabilidades. A análise desses elementos deve ser feita conjuntamente para que seja possível produzir um entendimento mais ampliado das condições de vida dessas mulheres e os motivos dessa suposta não adesão ao tratamento ofertado. Não havendo essa aderência, as equipes tendem a responsabilizar única e exclusivamente essa mulher, resultando no acolhimento institucional do seu bebê que opera como uma punição que agrava o contexto de vulnerabilidade, dificultando ações mais promissoras.

Ao falar sobre punição, Foucault menciona que precisamos compreender não apenas as instituições e as práticas punitivas, mas principalmente que tipo de pensamento e racionalidade sustentam esse sistema punitivo. Ele também diferencia a racionalidade e os efeitos dessa racionalidade num dado contexto. A racionalidade pode ser entendida como seus objetivos e os meios para alcançar determinado fim. Já os efeitos dizem respeito aos desdobramentos dessa racionalidade, que geralmente não coincidem com a finalidade prevista inicialmente (FOUCAULT, 2012). Nesse sentido, pretendemos apresentar, nessa tese, quais racionalidades se fazem presente, na contemporaneidade, que têm sustentado essa prática de separar algumas mães de seus bebês. Em outras palavras, explicitar que tipo de pensamento tem amparado a conduta de acolher institucionalmente os bebês de mães que fazem uso de SPA e/ou estão em situação de rua.

Foucault (2012) é bastante preciso quando, apoiando-se em Nietzsche, afirma: *“Em nossas sociedades contemporâneas, não sabemos mais exatamente o que se faz quando se pune e o que se pode, no fundo, a princípio, justificar a punição”* (p. 286). Isso porque estaríamos punindo com base em ideias heterogêneas que advém de histórias e racionalidades distintas.

Essa reflexão nos leva a pensar sobre os diferentes motivos que têm feito com que uma certa categoria de mulheres, mães, estejam sendo punidas, ao serem separadas de seus filhos, e as justificativas que pretendem explicar tal conduta. Ao mesmo tempo, compreendemos que se trata de uma dupla problemática: pune-se a mãe para supostamente proteger o bebê. Entretanto, tirando a mãe desse bebê, nesse momento simbiótico que caracteriza o puerpério, não estaria o bebê também sendo punido? Numa perspectiva mais ampla, quais são os elementos constitutivos que engendram o direito de punir e permite que o Estado seja seu principal agente?

Vejamos como Foucault (2006b) nos ajuda a pensar sobre esses aspectos:

O direito não é nem a verdade nem o álibi do poder. Ele é um instrumento ao mesmo tempo complexo e parcial do poder. A forma da lei e os efeitos de interdições que ela porta devem ser recolocados entre muitos outros mecanismos não jurídicos. Assim, o sistema penal não deve ser analisado pura e simplesmente como um aparelho de interdição e de repressão de uma classe sobre uma outra, nem tampouco como álibi que abriga violência sem lei da classe dominante; ele permite uma gestão política e econômica através da diferença entre legalidade e ilegalismos (p. 247-248).

Nessa lógica, o direito não deve ser analisado apenas enquanto um mecanismo jurídico, tendo em vista os efeitos desse direito e da lei que o institucionaliza. Diversas outras questões se desdobram a partir de um determinado direito, fazendo com que o Estado se responsabilize somente pela gestão desse direito de punir, para evitar o cometimento de ilegalidades. Em outras palavras, o que temos atualmente é o Estado assumindo essa prerrogativa de gerenciar o direito de punir.

Numa entrevista realizada em 1983, em que se debatia a questão prisional e foi questionada a possibilidade de abolição da culpa e da responsabilidade, Foucault (2012) afirmou que não sabia se uma sociedade poderia funcionar sem culpa. No entanto, o filósofo efetuou um deslocamento na pergunta inicialmente feita pelo entrevistador, questionando se *“a sociedade pode fazer funcionar a culpa como princípio organizador e fundador de um direito”* (p. 289). Parece-nos que justificar a punição, a partir da culpa, não tem sido um caminho interessante, no sentido de produzir mudanças no campo da criminalidade. Ou melhor dizendo, a questão da punição não tem significado necessariamente um obstáculo no cometimento de um crime, demonstrando a ineficácia da pena como elemento que evitaria e/ou diminuiria os delitos.

Ao pensarmos sobre nosso objeto de estudo, avaliamos que a análise desse fenômeno deve ser feita, tendo como ponto de partida o binômio mãe-bebê e não um sujeito (mãe) ou o outro (bebê) separadamente. Isso porque não está em debate os direitos da mãe em contraposição aos direitos do bebê, e sim como esses direitos podem ser garantidos conjuntamente. Não temos nenhum interesse em estabelecer concorrências de direitos, mas problematizá-los, na medida em que a suposta garantia de um direito pode emergir como fundamento para justificar a violação de um outro direito. De modo mais claro, um bebê precisa ser abrigado porque sua mãe que usa SPA e/ou está em situação de rua não conseguirá garantir os cuidados necessários. Mais do que impor esse tipo de separação familiar abrupta, violando o direito de ambos (mãe e bebê), é preciso pensar em maneiras de proteger o binômio, garantindo o direito à convivência familiar conforme preconiza o ECA.

### 3.1 Infâncias em perigo e famílias perigosas: o trabalho social e o cenário do acolhimento institucional no Brasil

Donzelot (2001) nos conta que, no final do século XIX, na França, vai surgir uma série de profissões voltadas para o trabalho social: assistentes sociais, educadores e orientadores que não vão estar necessariamente vinculados a uma única instituição, mas disseminados no judiciário, na assistência social e na educação. O público comum atendido por esse grupo de profissionais virá a ser as classes mais desfavorecidas, especialmente as crianças que se enquadram nessas duas vertentes distintas: a infância em perigo e a infância perigosa. O inquérito vai constituir-se como o principal instrumento técnico para regular o trabalho social junto à essas famílias pobres, tendo como principais objetivos: retirar ou restituir as crianças, intervir no sentido educativo e fornecer benefícios sociais.

A descrição feita pelo autor do inquérito social mantém-se incrivelmente atualizada até os dias de hoje. As regras básicas para construção desse instrumento exigiam: realizar uma aproximação circular da família, permitindo a coleta de todos os dados possíveis a partir de terceiros (escola, trabalho, vizinhança, vigilantes, comerciantes, etc); realizar um interrogatório separado e contraditório, indo até o domicílio sem aviso prévio, como ele bem coloca: *“Ainda hoje é o ABC da profissão de assistente social, que escolhe as horas vazias da tarde para fazer a sua primeira visita, pois é quase certo encontrar a mãe sozinha em casa”* (DONZELOT, 2001, p. 114). Podemos perceber como esse tipo de prática, que começou a se desenhar como estratégia de trabalho no final do século XIX, segue vigente em pleno século XXI, demonstrando continuidade na lógica da vigilância e do controle dos corpos. Por fim, a última regra, mencionada pelo autor, orienta que a profissional proceda a verificação prática do modo de vida familiar e dê dicas de como conduzir o diálogo, permitindo que as pessoas tenham prazer ao relatar e também se predisponham a receber conselhos.

Nos casos estudados pelo autor, no contexto parisiense, as famílias eram basicamente de três tipos: 1) desestruturadas; 2) normalmente constituídas, mas que rejeitam ou superprotegem sua prole e 3) carentes que necessitam da assistência social. As famílias do primeiro tipo, consideradas sem estrutura, apresentavam instabilidade profissional, imoralidade e falta de higiene, com relatos bastante similares à realidade das famílias brasileiras pobres, dos dias de hoje, residentes nas periferias das grandes cidades. Já os núcleos familiares ditos normalmente constituídos dizem respeito às famílias que potencialmente podem vir a ter problemas, ou seja, uma mãe sobrecarregada, um pai pouco disponível, crianças na rua sem supervisão, dentre outras situações. Finalmente, as famílias

carentes se referem a contextos em que um dos genitores faleceu ou possui uma doença incapacitante, ou ainda estão presos ou internados em instituição psiquiátrica (DONZELOT, 2001).

É interessante comentar que as táticas a serem adotadas pelos profissionais no atendimento dessas famílias são diferentes, a depender da tipologia em que se encontram. No caso das famílias desestruturadas, o trabalho social visa a *conversão* ou mesmo a *destruição* daquelas condições de vida apresentadas. Nesse sentido, tem-se a intervenção do serviço social e a concessão de abonos, mediante a realização de inquéritos prévios que justifiquem tal medida. O autor detalha que essas famílias assistidas:

para recuperarem seus filhos, esforçam-se em produzir todos os sinais exteriores de moralidade que deles se espera: tratamento de desintoxicação, faxina na casa nos dias em que se suspeita que a assistente social faça uma visita, mudança para um novo apartamento (mesmo que não possa pagar, mas o essencial é mostrar a vontade de cooperação) e, sobretudo, rios de cartas atestando o mais profundo arrependimento e a brava determinação de viver corretamente (DONZELOT, 2001, p. 142).

Apesar das famílias desestruturadas serem apenas um terço das demandas dos serviços sociais franceses, são elas as responsáveis por ocupar a maior parte do tempo dos profissionais, em função da natureza do possível perigo, o misto de imoralidade, falta de higiene, sexo e sujeira, que representam para os profissionais “*o terreno ideal de realização de sua vocação duplamente moral e médica*” (DONZELOT, 2001, p. 142).

Já em relação aos grupos familiares ditos normalmente constituídos, outras medidas são adotadas, de caráter menos intervencionista e mais de “*fazer operar uma função disciplinar em vez de reforçar uma posição de autoridade*” (DONZELOT, 2001, p. 144). Nessa perspectiva, os profissionais orientam as famílias a assumirem condutas de vigilância e controle dessas crianças e igualmente ocupando-as com atividades escolares, de aprendizagem, de trabalho e até militares. O pano de fundo dessas orientações é de que, se os pais não fizerem isso, o Estado acabará fazendo esse trabalho disciplinar por meio das instituições educativas, corretivas e prisionais.

Por fim, junto às famílias carentes, medidas mais extremas são adotadas como, por exemplo, a separação das crianças e seus pais e a internação em instituições específicas, além da concessão de benefícios financeiros. Os encaminhamentos variam de acordo com os casos específicos: se ambos genitores são falecidos, as crianças são institucionalizadas; se apenas um dos genitores é falecido, estuda-se a permanência da criança na sua casa de origem.

Resumindo, de modo sucinto, os objetivos do trabalho social junto a famílias que apresentam uma infância em perigo ou uma infância perigosa, teríamos a seguinte correspondência: *“no processo de fabricação da família operária, desligando-a das antigas formas de vida (família desestruturadas), disciplinarizando-as (famílias normais) e limitando seus objetivos à reprodução e à criação dos filhos (famílias carentes)”* (DONZELOT, 2001, p. 147).

Podemos perceber como, ao se dar ênfase à infância em perigo ou à infância perigosa, se evidencia que os modos de vidas dessas famílias não são suficientes em relação aos cuidados junto às crianças. Assim, torna-se possível inferir que essas famílias são consideradas perigosas, na medida em que são incapazes de cuidar de suas respectivas proles. Essa realidade não estava restrita apenas à França.

Guimarães (2008) descreve como os casos de infanticídio aumentaram na capital da Inglaterra, no século XIX; situação verificada a partir dos índices de mortalidade infantil, dos dados colhidos nos jornais da época e do número de depoimentos e inquéritos judiciais relacionados à morte de crianças. O aumento no uso abusivo de álcool pelos adultos e o hábito de fornecer bebidas alcólicas para que os infantes ficassem mais dóceis também eram práticas comuns nas classes trabalhadoras. Muitos casos de óbitos infantis decorriam de asfixia, em decorrência dos pais dormirem embriagados na mesma cama que as crianças, chegando a haver proibições de que compartilhassem um só leito. Ainda de acordo com o mesmo autor, é também dessa época, a produção de teses de que o cometimento de crimes estaria associado à condição de pobreza.

Depreendemos, em função dessas constatações, que o uso abusivo do álcool pelas classes trabalhadoras, em Londres, não combinava com os cuidados que deveriam ser dispensados às crianças, no século XIX. Além disso, já estava sendo colocado ali que a situação de pobreza poderia ser potencialmente perigosa.

No Brasil, a infância em perigo e a infância perigosa vão receber outro tratamento, diferentemente da realidade francesa. Em nosso país, predominou a chamada “cultura da institucionalização” para crianças pobres e/ou advindas de famílias que não tinham condições de cuidar de seus filhos (RIZZINI, 2004). Dessa forma, não havia intervenções junto às famílias para que as dificuldades fossem trabalhadas, mas sim o encaminhamento direto dessas crianças para os então orfanatos e internatos, como foram nomeados na época, perdurando tal nomenclatura oficial até meados da década de 1980 quando se iniciaram os primeiros questionamentos desse tipo de prática.

As primeiras instituições que irão se ocupar dessas crianças datam do período do Brasil-colônia e tinham os jesuítas como responsáveis. Outras entidades religiosas e eclesiásticas também passaram a receber crianças a partir do século XVIII em várias cidades do país. Esses espaços ofereciam educação e o ensino de alguns ofícios, além de serem separados por sexo, aspectos sociais e alguns até com recorte racial como, por exemplo, o orfanato “Órfãs Brancas do Colégio Imaculada Conceição” de 1872. No século XIX, algumas instituições começaram a receber subvenções das províncias e cobranças junto ao poder público são ensaiadas, tendo em vista os avanços da ciência e a necessidade de salvar a infância. Já no século XX, o trabalho dessas instituições passa a ser visto como caridade oficial e o Estado se faz mais presente na implementação de políticas específicas para essas crianças (RIZZINI, 2004).

No esteio dessas mudanças, o primeiro Juízo de Menores é criado no Rio de Janeiro e o Código de Menores é aprovado em 1927, tendo o juiz Mello Mattos sido a grande referência nessa legislação que vigorou até a implantação do Novo Código de Menores que se dará em 1979. O público principal das ações desse Juízo e do Código de Menores foram as crianças abandonadas e as nomeadas como delinquentes. Estabelecimentos correccionais foram construídos, mas rapidamente tornaram-se saturados porque não suportavam a demanda apresentada (RIZZINI, 2004).

As próprias famílias procuravam os serviços para internar seus filhos e só a partir dessa política oficial de assistência à infância, as famílias passaram a ser alvo de interesse de estudos. Algumas pesquisas feitas com as famílias de crianças internadas, já na década de 1960, identificaram aspectos que se mantém hegemônicos até a atualidade: famílias constituídas apenas pela mãe, abandono do pai, o emprego doméstico predominava entre essas mães, muitas vezes, recebendo menos que um salário mínimo e com precárias condições de trabalho, como por exemplo, longas jornadas ou necessidade de ter que dormir no ambiente de trabalho (RIZZINI, 2004).

Podemos perceber como essa “cultura de institucionalização” de crianças pobres, juntamente com a inexistência de quaisquer trabalhos junto às famílias, as dificuldades advindas do mundo do trabalho e a ausência de políticas voltadas para essas famílias contribuíram para a construção de um cenário de incapacidade desses grupos familiares cuidarem de seus filhos.

O Novo Código de Menores instituído em 1979 só consolidou essa conjuntura mencionada acima, expondo ainda mais as famílias pobres à intervenção do Estado e criando a categoria “menor em situação irregular” (RIZZINI, 2004).

A partir da década de 1980, com a redemocratização do país e com o fim do regime ditatorial, novas cenas vão sendo construídas no campo da infância e juventude: os estudos que identificavam as consequências nocivas da institucionalização; os altos custos de manutenção dessas instituições; a atuação de movimentos sociais organizados; os protestos de meninos e meninas internados e o interesse de profissionais de outras áreas nessa temática. Os debates em torno da Assembleia Constituinte e a inclusão do artigo 227 sobre os direitos da criança na Constituição Federal de 1988 também foram relevantes. Essa conjuntura favoreceu uma ruptura com o modelo anterior e o advento do ECA, em 1990, estabeleceu novas referências, alterando o paradigma da cultura “menorista”. A compreensão de que se devia combater as causas estruturais como a concentração de renda e a desigualdade social ganhou força (RIZZINI, 2004).

Com o ECA, uma política de atendimento à infância e juventude será estruturada, tendo a criança e o adolescente o lugar de sujeitos de direitos. O direito à convivência familiar e comunitária constitui-se como um dos pilares do Estatuto, representando uma mudança importante diante da institucionalização massiva que até então ocorria. Para viabilizar a execução dessa nova política, conselhos municipais de direitos da criança e do adolescente são criados (CMDCA's), conselhos tutelares, além de haver um reordenamento institucional no Poder Judiciário e no Ministério Público. No esteio dessas transformações, o acolhimento institucional passa a configurar-se como medida de proteção, conforme mencionado anteriormente, de caráter provisório e excepcional (PRINCESWAL, 2013).

Em 2009, é aprovada a Lei 12.010 que visa consolidar o direito à convivência familiar e comunitária à criança e ao adolescente, enquanto política de Estado. Podemos dividir essa normativa em três áreas temáticas: preservação dos vínculos familiares e comunitários; intervenções nos casos de rompimento desses vínculos, reordenamento dos serviços de acolhimento institucional, implantação do acolhimento familiar e adoção. A concepção de família, nessa lei, é ampliada, entendendo-a como pessoas que possuem laços de consanguinidade, aliança e/ou afinidade (PRINCESWAL, 2013).

O primeiro levantamento sobre crianças e adolescentes em situação de abrigo, no Brasil, foi feito em 2003 e abrangeu apenas as instituições, em nível nacional, que recebiam algum tipo de financiamento do governo federal. Vale ressaltar que 68,3% das entidades, que entraram nesse estudo, são não-governamentais, sendo que 67,3% delas possuem alguma influência religiosa. Outro elemento interessante é que o recurso estatal dessas entidades de cunho privado representa por volta de um terço dos gastos, sendo o restante recursos da própria instituição ou doações. Essa pesquisa permitiu conhecer a

realidade de 589 instituições que possuíam, na época, aproximadamente 20 mil crianças e adolescentes acolhidos (IPEA, 2004).

Chama a atenção o caráter híbrido desse universo de instituições que ficam responsáveis pelas crianças e adolescentes que não estão com suas famílias. A maior parte delas não é estatal, tem filiação religiosa e seus recursos advém de outras fontes. Ainda que consideremos o fato de que são entidades que foram aprovadas pelo seu respectivo conselho de direitos (CMDCA), sabemos que são espaços que, provavelmente, não tem nenhum tipo de acompanhamento externo sistemático. Significa dizer que são 20 mil crianças e adolescentes institucionalizadas, afastadas de suas famílias, seguindo as regras da entidade que os acolheu, e não necessariamente o que consta no Estatuto (1990) e no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006).

No que diz respeito ao perfil do público acolhido, alguns aspectos devem ser enfatizados. Em relação à raça, mais de 63% eram de meninos e meninas negras. Dentre os principais motivos do abrigamento das crianças e dos adolescentes pesquisados estão a carência de recursos materiais da família (24,1%); o abandono pelos pais ou responsáveis (18,8%); a violência doméstica (11,6%); a dependência química de pais ou responsáveis (11,3%); a vivência de rua (7,0%); a orfandade (5,2%); a prisão dos pais ou responsáveis (3,5%) e o abuso sexual praticado pelos pais ou responsáveis (3,3%). Ainda que o ECA estabeleça que a falta de recursos financeiros não é um motivo para acolhimento institucional, vemos que esse motivo continua encabeçando a lista dos abrigamentos (IPEA, 2004).

Podemos confirmar que ser da raça negra, no Brasil, coloca a criança numa condição de maior vulnerabilidade, já que mais da metade dos meninos e das meninas acolhidas são negros ou pardos. Além disso, a condição de pobreza segue sendo justificativa para separar pais e filhos.

No que tange à faixa etária, a maior concentração de crianças e adolescentes abrigados está na faixa etária de 7 a 15 anos, representado 61,3% do total de acolhidos. Isso pode refletir, entre outros fatores, as maiores dificuldades enfrentadas para o acesso das famílias de baixa renda a equipamentos públicos de apoio às mães e aos pais trabalhadores, que ofereçam proteção e cuidados a crianças a partir dos 7 anos, nos moldes das creches disponíveis para crianças até 6 anos (IPEA, 2004). Não foi possível identificar o número de bebês acolhidos, já que a pesquisa agrupou a faixa etária de zero a três anos, totalizando 11,7% do universo de crianças abrigadas.

Ainda de acordo com o levantamento feito pelo IPEA (2004), um outro dado interessante é que, ao contrário do que se costuma pensar, 87% das crianças e adolescentes pesquisados possuem família e 58% mantêm vínculos familiares, por meio de visitas periódicas. Crianças consideradas sem família ou com família desconhecida foram apenas 11,3% do universo investigado e somente 5,8% estavam impedidas judicialmente de ter contato com seus familiares.

No que se refere ao tempo de permanência no abrigo, os dados indicaram que mais da metade das crianças e dos adolescentes pesquisados (52,6%) vivia nas instituições há mais de dois anos, sendo que, dentre elas, 32,9% estava nos abrigos por um período entre dois e cinco anos; 13,3%, entre seis e 10 anos; e 6,4%, por um período superior a 10 anos (IPEA, 2004).

Em relação ao encaminhamento das crianças e adolescentes, as duas instituições que mais encaminham crianças e adolescentes aos abrigos são os conselhos tutelares e as Varas da Infância e da Juventude (VIJ), mencionadas, respectivamente, por 88% e 85,6% dos abrigos pesquisados. Em seguida, aparece o Ministério Público (MPE), citado por 29,5% das instituições pesquisadas. De todo o público abrigado, apenas 10,7% das crianças e dos adolescentes, desse estudo, encontravam-se, judicialmente, em condições de adoção. Sobre a condição em que essas crianças e adolescentes estavam, vale trazer a reflexão:

A grande maioria (83%) estava diante do paradoxo de ter uma família que, na prática, já abriu mão da responsabilidade de cuidar dela, em seu significado mais amplo, mas que, mesmo assim, ainda é juridicamente responsável pelos filhos que vivem nos abrigos (IPEA, 2004, p. 63).

De acordo com as informações coletadas, apenas metade (54,6%) das crianças e dos adolescentes abrigados nas instituições pesquisadas tinha processo judicial tramitando nas VIJ. No âmbito da pesquisa, 10,5% dos entrevistados não responderam a esta pergunta, evidenciando que a situação processual das crianças e dos adolescentes acolhidos não é de amplo conhecimento dos dirigentes e profissionais das instituições pesquisadas. É provável que as demais crianças e adolescentes estivessem acolhidas sem que houvesse sequer conhecimento judicial. É importante mencionar que o ECA, em seu artigo 93, determina que as instituições de abrigo têm até dois dias úteis para comunicar à Justiça sobre crianças e adolescentes que venham a ser acolhidos (IPEA, 2004).

Todos esses elementos, quando analisados conjuntamente, despertam diversas inquietações: crianças e adolescentes, maciçamente negros e pobres, estão acolhidos por longos períodos de tempo; a maioria têm família mas está longe dela; quase metade desses

meninos e meninas não tem seu contexto judicial conhecido por quem deveria, no caso, a VIJ e, provavelmente, a situação deles não seria resolvida em um curto espaço de tempo, já que os motivos que geraram o acolhimento institucional não são de solução rápida. Esses aspectos nos fazem pensar que, muito mais do que infâncias em perigo, estamos diante de milhares de infâncias perdidas, no Brasil.

Passemos ao levantamento mais recente que foi feito no país e funcionou como uma espécie de censo dos serviços de acolhimento institucional, já que até então inexistia informações precisas e consolidadas sobre o assunto no país. Esse estudo foi planejado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e a FIOCRUZ, conseguindo alcançar 2.624 entidades, em todos os estados brasileiros, que têm programas de acolhimento institucional de crianças e adolescentes. As entidades foram pesquisadas nos anos de 2009 e 2010, tinham capacidade de atendimento de até 52.587 crianças e adolescentes e, no momento da pesquisa, esses serviços estavam com 36.929 crianças e adolescentes acolhidos (ASSIS et al., 2013).

Com a finalidade de estabelecer uma comparação com o primeiro levantamento, vamos trazer os mesmos aspectos mencionados antes sobre os serviços de acolhimento e o perfil das crianças e adolescentes atendidos, assim como elementos outros que também dialoguem com a nossa problemática de estudo.

O caráter híbrido dessa rede de atendimento se acentuou, na medida em que foram listados diferentes tipos de serviço de acolhimento que entraram na pesquisa com propostas de trabalho distintas. São eles: abrigo institucional; casa de passagem/casa transitória; casa-lar na comunidade; casa-lar em aldeia e outros tipos de serviços de acolhimento (casas de apoios, centros de apoios, centros educativos, centro de recuperação e repúblicas) que foram incluídos no estudo porque haviam crianças e adolescentes dormindo no local e eles estavam sob a tutela da instituição (PINTO et al., 2013).

Em relação à natureza da instituição, 41,9% são governamentais e 58,1% não-governamentais. A maior parte dos serviços governamentais são mais novos e foram criados após a promulgação do ECA. Sobre a orientação religiosa, 51,2% declararam seguir uma determinada filiação. No que diz respeito aos recursos financeiros, 59,9% dos serviços informaram que os recursos públicos municipais são sua principal fonte de receita. É importante mencionar que a partir do SUAS, os recursos federais são repassados aos municípios mensalmente do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Municipais de Assistência Social. O repasse dos recursos federais para os serviços de acolhimento é feito diretamente pelas prefeituras, sendo bastante improvável que as entidades saibam identificar as parcelas que correspondem a um ou a outro órgão. Isso provavelmente influenciou nas

respostas obtidas, pois, na prática, a maior parte dos recursos chega ao serviço através do município. Outro dado interessante é que 49,7% dos serviços não governamentais comunicaram receber doações de pessoas físicas (PINTO et al., 2013).

Um avanço reconhecido pelos autores, em relação ao identificado no levantamento anterior, é que aumentou o número de entidades que trabalham com pequenos grupos de crianças e adolescentes. Em 2003, a média era de 33,4 acolhidos por serviço e, em 2009-2010, esse número caiu para 14,1 crianças e adolescentes por entidade (PINTO et al., 2013).

Sobre o perfil dos acolhidos, foi identificado que 57,6% eram de meninos e meninas negras, diminuindo um pouco o índice em relação ao levantamento anterior que apontou 63%. Em relação aos documentos, um aspecto que nos chamou a atenção foi o fato do nome da mãe constar na certidão de nascimento de 94,4% das crianças e adolescentes, enquanto que o nome do pai está somente em 61,1%, corroborando a responsabilidade matriarcal junto aos filhos e a ausência paterna (CONSTANTINO; ASSIS; MESQUITA, 2013).

Já no que se refere aos motivos do acolhimento institucional, em todas as regiões do país, predominaram os seguintes motivos: negligência (33,2%), abandono (18,5%) e dependência química ou alcoólica dos pais ou responsáveis (17,7%). É importante problematizar o conceito de negligência que emergiu, de modo significativo, nas respostas e costuma ter um caráter subjetivo, podendo estar associada à condição de pobreza. A questão do uso de SPA aparece como terceira justificativa para acolhimento, e na região sul do Brasil, já aparece como segundo motivador dos encaminhamentos, com 24,5%. Esses números aumentaram, em comparação ao levantamento anterior, que apontou 11,3% (CONSTANTINO; ASSIS; MESQUITA, 2013).

A existência de vínculo familiar foi constatada para a maior parte das crianças e adolescentes acolhidos (61%), porém, em porcentagem inferior ao estudo anterior do IPEA (2004) que indicou que 87% tinha família. Já a perda dos vínculos familiares foi indicada em 23,2% dos casos e situações de impedimento judicial de contato entre o acolhido e sua família foram constatadas com 8,6% das crianças e dos adolescentes (CONSTANTINO; ASSIS; MESQUITA, 2013).

Os autores da pesquisa identificaram uma visão negativa por parte dos profissionais que atuam nos serviços de acolhimento em relação às famílias das crianças e adolescentes acolhidos. Por um lado, constata-se que a ausência da figura paterna prejudica o desenvolvimento infantojuvenil; de outro lado, percebem que essa presença paterna pode constituir-se como frágil ou danosa nos casos de abuso de álcool ou SPA ou práticas de agressão. A falta de limites e os conflitos familiares também foram ressaltados, especialmente

na adolescência. É importante mencionar que os profissionais entrevistados que manifestam essa descrença nas famílias dos acolhidos tendem a apresentar postura menos atuante no fortalecimento dos vínculos, visando à reintegração familiar (CONSTANTINO; ASSIS; MESQUITA, 2013).

O conselho tutelar foi apontado como o maior responsável pelo encaminhamento de crianças e adolescentes para acolhimento institucional, em todas as regiões do país (52,9%). Em seguida, vem as VIJ (31,9%) e, por fim, outros órgãos que eventualmente também encaminham, como, por exemplo, MPE, Secretaria Municipal de Assistência Social, delegacias e serviços de saúde (CONSTANTINO; ASSIS; MESQUITA, 2013).

Sobre o tempo de abrigamento, em média, as crianças e adolescentes de todo o país têm ficado 24,2 meses nos serviços de acolhimento institucional. O levantamento anterior do IPEA (2004) indicou que 52,6% das crianças e dos adolescentes ficavam entre dois e cinco anos acolhidas e que 19,7% o faziam por mais de seis anos. Comparativamente ao atual levantamento, esses percentuais reduziram para 30,4% e 11,9%, respectivamente, apontando para a diminuição do tempo de permanência das crianças e adolescentes nas entidades de acolhimento institucional (CONSTANTINO; ASSIS; MESQUITA, 2013).

No que diz respeito à situação legal das crianças e adolescentes, apenas 7,1% do universo pesquisado estava legalmente encaminhada para adoção; 2% estavam em processo de colocação para adoção, ou seja, iniciando a aproximação com adotantes; e 9,9% estavam com a destituição do poder familiar concluída (CONSTANTINO; ASSIS; MESQUITA, 2013). Esses baixos números revelam que a maior parte dessas crianças e adolescentes estava numa condição jurídica indefinida, colaborando para que os princípios da provisoriedade da excepcionalidade da medida de acolhimento institucional não sejam cumpridos.

Embora alguns aspectos tenham melhorado nos serviços de acolhimento, podemos vislumbrar como, infelizmente, as questões estruturantes que têm gerado os encaminhamentos e a manutenção das crianças e adolescentes institucionalizadas não sofreram alterações significativas. No estudo do IPEA (2004), a carência material apareceu como principal razão do acolhimento, ou seja, a pobreza era o que produzia a separação entre pais e filhos. Já no levantamento mais recente, realizado nos anos de 2009 e 2010, temos a negligência das famílias como primeiro motivo de acolhimento, pairando um caráter subjetivo na compreensão do que seria essa negligência por parte de quem encaminha.

Nascimento (2012) problematiza essa questão, historicizando como a pobreza, após o ECA, continua sendo pretexto para o abrigamento, emergindo a figura da família negligente. Para que uma família seja considerada negligente, é preciso que haja uma referência do que se

deve ser enquanto modelo de proteção para essas crianças e adolescentes. Segundo a autora, essas famílias continuam a ser julgadas e punidas por serem pobres e não atenderem a esse tipo de proteção que se espera. Nesse sentido, é preciso colocar em análise o par negligência-proteção, questionando a naturalização da proteção como algo necessariamente bom. Isso porque esse tipo de proteção tem funcionado mais como um mecanismo de regulação e (re)produção da família negligente.

Outro ponto de extrema relevância diz respeito à manutenção das crianças e adolescentes nos serviços mesmo com a grande maioria desse público infanto-juvenil tendo família e vínculos com esses membros. O caráter excepcional e provisório dessa medida protetiva não tem sido atendido, pois esses meninos e meninas estão vivendo longe de qualquer família, seja de origem, extensa ou substituta, por vários anos.

Concomitantemente a isso, os fatores que têm ensejado o acolhimento permanecem os mesmos, já que o trabalho feito com as famílias, quando existe, acaba sendo paliativo. Observamos que as condições iniciais apresentadas pela família em relação à pobreza e a suposta falta de cuidados, na perspectiva do modelo de proteção imposto, seguem semelhantes. As poucas ações desenvolvidas junto às famílias se pulverizam na rede socioassistencial e tendem a adotar a linha punitiva, impondo determinadas intervenções que, se não são cumpridas, implicam em não adesão por parte das famílias. Os serviços que deveriam promover o restabelecimento e o fortalecimento de vínculos familiares ficam responsáveis por sacramentar a separação dessas famílias, carimbando-as como famílias perigosas.

### 3.2 Como as práticas *psis* se inserem no acolhimento institucional e junto às famílias: produções, possibilidades e desafios

Sem nenhuma pretensão de apresentar exaustivamente as práticas psicológicas e suas especialidades, identificamos, diante do nosso objeto de pesquisa, diferentes trabalhos, funções, áreas e instituições que estão relacionadas à Psicologia. Considerando a amplitude da rede de assistência social e saúde e sua suposta articulação com o sistema de justiça, podemos reconhecer a ação profissional de psicólogas/os em distintas frentes.

Nos hospitais e maternidades, temos profissionais *psis* que integram as equipes de saúde e lidam diretamente com as gestantes e mães no pré-natal, parto e puerpério, e também com seus bebês. De modo mais indireto, esse contato com as mulheres pode acontecer nas unidades básicas de saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de

Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPSad) quando houver demandas de saúde mental específicas nessas áreas.

Na rede socioassistencial, as/os psicólogas/os se fazem presente nas equipes interdisciplinares dos CRAS, dos CREAS, dos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), dos Consultórios na Rua e dos serviços de acolhimento institucional que ficam responsáveis pelas crianças e adolescentes em situação de abrigamento.

Já no sistema de justiça, o trabalho *psi* costuma estar nas VIJ dos Tribunais de Justiça, nas Promotorias de Infância e Juventude dos Ministérios Públicos Estaduais e nas Defensorias Públicas Estaduais, também integrando profissionais de outras áreas do conhecimento, geralmente Direito e Serviço Social. Porém, é importante mencionar que, do ponto de vista quantitativo, o quadro de profissionais tende a ser menor do que nos equipamentos da assistência social e da saúde, principalmente nas cidades do interior. Isso porque nem toda cidade tem VIJ ou mesmo uma equipe técnica (assistentes sociais e psicólogas/os) que faça parte do Poder Judiciário nos municípios de médio e pequeno porte. A mesma lógica se aplica às Promotorias da Infância e Juventude que, geralmente, possuem técnicos de Psicologia e Serviço Social apenas nas capitais e maiores cidades de cada Estado. Esse mesmo contexto também vale para a Defensoria Pública, considerando que a cobertura desse órgão é ainda menor, em comparação aos Fóruns e Ministérios Públicos, cabendo, muitas vezes, à equipe da capital atender diversas demandas do interior.

Para compreender como tem se dado as práticas *psis*, atualmente, nessas instituições, é preciso revisitar alguns aspectos relativos à história da profissão e ao contexto sociohistórico que seguramente contribuíram para constituir os cenários que temos nos dias de hoje. A Psicologia foi regulamentada como categoria profissional em 1962, período histórico que precedeu no país a instalação do golpe civil militar, regime ditatorial que suprimiu a democracia. Não há como minimizar a relevância desta conjuntura sociopolítica, considerando que um dos principais objetivos da Psicologia, na época, dizia respeito à adaptação e ajustamento do indivíduo.

De acordo com a Lei Federal nº. 4.119, de 1962, que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e a profissão de psicólogo, é possível verificar que a função precípua dessa nova categoria profissional era produzir perfis psicológicos – realizando diagnósticos psicológicos – e promover a adequação dos indivíduo em seus respectivos contextos, como bem explicita o art. 13, § 1º, alínea d, ao expressar “solução de problemas de ajustamento”.

Obviamente, não é à toa que num governo ditatorial se gesta uma profissão que busca criar perfis e trabalhar para o ajustamento de pessoas que não se enquadram ao dito normal. Fatos como esse revelam as construções históricas que são feitas, de acordo com seus respectivos contextos e possibilidades (ROSATO, 2011).

Nessa linha, não há como se furtar de que a Psicologia veio como um lugar de saber/poder, muitas vezes, a serviço da repressão e da lógica normatizadora do sujeito. Nesse sentido, em relação ao saber psicológico produzido, eis uma caracterização que traduz a formação dessa categoria profissional que estava surgindo no país, como bem descreveu Coimbra (1995):

(...) a formação “psi”, em geral, traz certas características modelares instituídas e tão bem marcadas; como, em nossa formação, predomina o viés positivista, onde se tornam hegemônicos os conceitos de neutralidade, objetividade, cientificidade e tecnicismo; onde, nos diferentes discursos e práticas, o homem e a sociedade são apresentados como “coisas em si”, abstratos, naturais e não produzidos historicamente (p. ix).

Ainda que a maior parte do texto legislativo que ensejou a criação da Psicologia já tenha sido reformulado e que essa formação *psi* já tenha sido significativamente superada, o objetivo aqui é de contextualizar em que base histórica se configurou a Psicologia no Brasil. Assim, torna-se possível perceber que o trabalho desse novo profissional almejava a construção de perfis psicológicos de funcionamento para os indivíduos e a criação de soluções para indivíduos que não se adequavam ao meio em que viviam.

Por décadas, este paradigma determinista permaneceu em vigor de forma hegemônica nos espaços em que a Psicologia se fazia presente. Além disso, ainda segundo Coimbra (1995), se fortalece uma psicologia especializada em investigar a privacidade dos sujeitos, instituindo-se assim o especialista da intimidade, como é possível observar a seguir:

Aumentam a preocupação e o investimento com as questões relativas ao “interior” e o conhecimento de si mesmo torna-se uma finalidade, em vez de um meio para se conhecer o mundo. Esta visão intimista é extremamente valorizada na década de 70, quando a realidade social, o domínio público são esvaziados e desprovidos de sentido. O único sentido está no privado (...). O importante não é o que se faz, mas o que se sente. Ou seja, há um esvaziamento político, há uma psicologização do cotidiano e da vida social (p. 34).

A descrição acima permanece bastante atual, tendo em vista que esse tipo de intervenção profissional que privilegia uma visão intimista do sujeito e que o analisa apenas

no sentido privado, sem levar em conta as contextualizações sociais, históricas e culturais, segue sendo praticada em diversas áreas e instituições.

As primeiras mudanças na profissão se deram a partir da (re)democratização do país, possibilitando que o campo psicológico se ampliasse, rompendo com o que inicialmente foi a proposta da profissão. Já não era mais possível manter uma Psicologia individualizante, descontextualizada e a-histórica. Esse momento político vivenciado no país apresentou-se como fundamental, pois permitiu uma revisão das intervenções *psis*. Podemos dizer, inclusive, que esse novo contexto reforçou a necessidade de uma avaliação da profissão e seus objetivos, e mais, de sua função pública perante a sociedade brasileira.

Nesta conjuntura de mudanças históricas e políticas, especialmente a partir da década de 1980, podemos reconhecer a emergência de uma diversidade de práticas profissionais que se inserem no campo da Psicologia. Esse cenário não necessariamente aponta para uma uniformidade e consenso entre os diferentes conhecimentos psicológicos, até porque, muitas vezes, são linhas ou abordagens teóricas que implicam em diferentes concepções de sujeito. Essa realidade caracteriza-se por uma imensa pluralidade e heterogeneidade de abordagens teóricas e diferentes perspectivas epistemológicas. Assim, a Psicologia é constituída por uma rede complexa de saberes que podem ser convergentes ou não.

Considerando esse breve histórico, a demanda recorrente por diagnósticos psicológicos e a proposição de solução para problemas de ajustamento, podemos observar como, de um modo geral, a função do profissional *psi* vai estar atrelada a esse tipo de intervenção, na maioria das instituições. Numa escola, numa empresa, numa ONG ou mesmo num hospital, é comum que uma das principais tarefas do psicólogo seja produzir alguma avaliação sobre o sujeito que ali se apresenta. O que não quer dizer que o lugar da Psicologia esteja restrito à esse tipo de atribuição. Como já colocado anteriormente, as práticas psicológicas derivam de uma pluralidade de perspectivas epistemológicas, permitindo que as/os profissionais mantenham a realização desse tipo de intervenção junto aos indivíduos ou produzam outras atividades de acordo com seus contextos de trabalho.

Nesse sentido, apenas para mencionar duas referências relevantes que possibilitaram uma perspectiva crítica junto à categoria, vale destacar a criação da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), em 1980, e o movimento de luta antimanicomial, iniciado na década de 1970, a partir de graves denúncias feitas por trabalhadores da saúde mental em relação à assistência psiquiátrica nas instituições totais.

No caso da ABRAPSO, constatamos que, até os dias de hoje, há o incentivo de produções sobre Psicologia, numa perspectiva interdisciplinar, com uma base epistemológica

política e ética, especialmente uma ética social fundamentada na noção de cidadania plena para todas as pessoas. Isso só se valida, do ponto de vista epistêmico, a partir da não neutralidade do conhecimento, da crítica à não adequação às condições de vida, da não discriminação a qualquer diferença e da possibilidade de busca por emancipação. Esses princípios, que a ABRAPSO conseguiu reunir, desencadearam posicionamentos críticos diante de fatos ocorridos na realidade brasileira, levando em seu contexto a marca da injustiça e da discriminação social (ALVES; CROCHÍK, 2016).

Já o movimento de luta antimanicomial constitui-se como uma organização mais ampla da área da saúde que teve o ano de 1987 como referência importante, em função do segundo Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, que ocorreu em Bauru, no Estado de São Paulo. Nessa ocasião, foi criado o movimento de trabalhadores, usuários da saúde mental e seus familiares, e também foi estabelecido o dia 18 de maio como o dia nacional de luta antimanicomial (SANTO; ARAÚJO; AMARANTE, 2016).

Em consonância com o cenário internacional, especialmente da França e da Itália, e com a vinda ao Brasil de diversos intelectuais e militantes no final da década de 1970 e início dos anos 1980, como o próprio Michel Foucault, Robert Castel e Franco Basaglia, as instituições psiquiátricas tornaram-se alvo de profundos questionamentos (PITTA, 2011). Esse conjunto de elementos favoreceu a emergência de um movimento reformista que não podia mais compactuar com a lógica asilar e manicomial. As conquistas alcançadas desde então, na área de saúde mental, são inúmeras e, por razões óbvias, não serão descritas aqui, cabendo apenas ilustrar como a Psicologia, ao integrar os serviços de saúde de mental, foi convocada a acompanhar essas mudanças.

Diferentemente do exemplo da ABRAPSO em que podemos vislumbrar como se tratou de uma mudança iniciada dentro da própria categoria, no caso da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica enquanto movimentos mais amplos, a Psicologia viu-se convidada a participar desse processo de transformação da lógica manicomial.

Pitta (2011) faz um balanço da política no Brasil, após dez anos da Lei 10.216 de 2001 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, tecendo análises que não podemos deixar de comentar. A autora menciona como ainda opera uma desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas e como *“a sistemática negação de direitos que a condição marginal dos usuários de instituições psiquiátricas e de substâncias psicoativas parece determinar, posterga e opacifica qualquer demonstração de factibilidade para as políticas de saúde mental”* (p. 4587). Ela problematiza também a questão do uso de SPA e as comunidades terapêuticas enquanto um dos únicos dispositivos de tratamento como um

enclausuramento do problema. Enfatiza que a Reforma Psiquiátrica considera esse tipo de instituição asilar e manicomial, devendo haver sua progressiva substituição, por serviços que favoreçam a liberdade, na perspectiva da redução de danos.

Avaliamos que, de diferentes maneiras, esses dois movimentos repercutiram significativamente nas práticas *psis*. No caso da ABRAPSO, temos grupos de estudantes, profissionais e docentes no campo da Psicologia Social espalhados por todas as regiões do país, que dialogam, produzem e intervêm diretamente junto às pessoas que atendem e formam, superando a realização de técnicas psicológicas de diagnóstico e solução de problemas de ajustamento.

Já em relação ao movimento de luta antimanicomial, temos um espaço de atuação e militância bem mais vasto do que o meio *psi* e que aglutinou diferentes atores que questionavam as práticas psiquiátricas institucionais. Podemos identificar diversas conquistas alcançadas pelo movimento e que também ensejaram mudanças na atuação da Psicologia não apenas no campo da saúde mental. Desse modo, torna-se possível reconhecer como as práticas *psis* precisaram ser obrigatoriamente revistas, no sentido de se readequarem ao novo modelo assistencial. O binômio normal-anormal não cabia mais, na medida em que o modelo asilar tornou-se alvo de profundos questionamentos.

O relato sintetizado desses dois acontecimentos nos permitem conceber como os objetos de estudo e intervenção da Psicologia possuem um caráter dinâmico. As práticas *psis* podem se ocupar do ser humano, da mente, do inconsciente, dos comportamentos, das interações e dos relacionamentos humanos em suas mais diversas áreas. Essa infinidade de possibilidades de intervenção que se coloca para a Psicologia nos leva ao entendimento de que onde há sujeitos, há práticas psicológicas que podem ser implementadas. Nesse sentido, reconhecemos a potência das técnicas *psis*, tendo em vista esse extenso leque de perspectivas que se fazem presentes. O conceito de subjetividade ganha força no campo da Psicologia e é a partir dele que trazemos a ideia de produção de subjetividade como algo de especial relevância no nosso trabalho.

Prado Filho e Martins (2007) problematizam essa questão quando descrevem como a noção de subjetividade perde sua perspectiva essencialista e naturalizada enquanto interioridade para ser pensada nos seus sentidos históricos, sociais e políticos. Nessa lógica, trata-se de uma subjetividade produzida nesses contextos e não dada *a priori*. Ao proceder esse tipo de análise do conceito de subjetividade, passamos a ter uma concepção que não tem centro, nem permanência e não está previamente determinada. Pensar a produção de

subjetividade, nesse viés, é pensá-la como algo que está em constante movimento e inserida nos jogos de forças, contrariamente a ideia de uma suposta natureza humana.

Dessa forma, podemos afirmar que a produção de subjetividade se dá nessas relações de forças, *“no movimento, no ponto de encontro das práticas de objetivação pelo saber/poder com os modos de subjetivação: formas de reconhecimento de si mesmo como sujeito da norma, de um preceito, de uma estética de si”* (PRADO FILHO; MARTINS, 2007, p. 17). Em outras palavras, questões objetivas relacionadas ao saber/poder articulam-se aos modos de subjetivação do sujeito, especialmente suas relações com as normas e consigo mesmo.

De acordo com Prado Filho e Martins (2007), se os indivíduos encontram-se assujeitados, a via da singularização, enquanto uma estetização de si, se apresentaria como uma maneira de *“resistir a esta maquinaria moderna de produção da subjetividade e da identidade individuais, construindo novas formas de vida e de ser”* (p. 18). Nesse sentido, os indivíduos podem simplesmente seguir as regras gerais aos quais estão submetidos, ao mesmo tempo em que lhes é permitido produzir saídas singulares, recusando esse lugar de assujeitamento.

Essa reflexão também vale para as práticas *psis*, já que as pessoas, na sua atuação profissional, podem restringir-se ao cumprimento das tarefas que lhes são atribuídas, abdicando-se de fazer críticas. Não devemos deixar de citar que violações de direitos podem ocorrer nessas situações. Entendemos que, em alguma medida, nosso objeto de pesquisa evidencia dificuldades dessa ordem. Concomitante a isso, também reconhecemos que toda prática *psi* enseja algum nível de reflexão, admitindo que determinadas atribuições sejam questionadas, de acordo com o contexto em que estão inseridas.

De modo exemplificativo, a demanda de produzir um documento psicológico implica algum objetivo prévio, não sendo uma atividade com um fim em si mesmo. Compreender os usos e efeitos desse material é crucial para analisar as repercussões que tal avaliação pode resultar. Assim, as diversas tarefas que são exigidas, no campo *psi*, precisam ser melhor entendidas, especialmente no que tange ao contexto da demanda e as possíveis consequências que advém dessa atividade.

Ayres (2002), ao pesquisar processos do Juizado da Infância e Juventude do Rio de Janeiro, no período de 1985 a 1994, problematizou as práticas *psis*, principalmente no que diz respeito à produção de verdades por especialistas. Ela fornece o extrato de um documento produzido por um/a profissional da Psicologia que consta num determinado processo:

...os pais do menor não estavam psicologicamente preparados para tal gravidez e o evento do parto os levou à decisão plena e irrevogável de entregá-lo... face não só às condições de sentimento para assumir o encargo de sua criação, como também relativamente ao seu precário estado financeiro, que não lhes permitiria mantê-lo e torná-lo pessoa de bem, com razoável aproveitamento educacional, dignidade social e religiosidade compatíveis com os princípios de uma família... [Processo de 1992] (p. 124).

Esse breve fragmento textual nos permite visualizar o contexto argumentativo moral e psicologizante do documento, pois pressupõe, por exemplo, um determinado preparo psicológico para a gravidez. A primeira frase indica uma ideia essencialista e interiorizada de causa e efeito, absolutamente linear. Somado a isso, outras questões relacionadas à pobreza assumem um caráter determinante na impossibilidade de que esse casal consiga cuidar desse bebê de acordo “com os princípios de uma família”. Vemos, nessa frase, uma concepção moralista e universal do que seria uma família, como se houvesse um único modelo a ser seguido.

Para Scheinvar (2006), estaríamos olhando e intervindo junto às famílias enquanto mais um espaço de privatização do social, dentro de um contexto em que os grupos familiares são apenas cobrados e não instados a participar enquanto protagonistas. Para a autora, haveria o direcionamento de uma potência para as famílias, na medida em que elas são instituídas como um eixo social de extrema relevância, ao mesmo tempo em que esses núcleos familiares são desqualificados pois as dificuldades estruturais não são superadas. Nesse sentido, torna-se fundamental ter em mente que *“a área social tem o compromisso de colocar em análise as produções em torno da família, na medida em que ela é um dispositivo político que tem favorecido a privatização do social”* (SCHEINVAR, 2006, p. 56).

Podemos identificar como o contexto sociopolítico contribui na produção de determinadas lógicas de funcionamento, impedindo que questões estruturantes sejam modificadas. No caso de famílias pobres, obviamente que as dificuldades na manutenção e no cuidado dos filhos são maiores, considerando que as condições de trabalho, remuneração, moradia, escolaridade e demais direitos sociais estão prejudicados. Dessa forma, conseguir alterar os fatores que estruturam esses modos de vida exigem tempo, investimento e acompanhamento que não coincidem com o sistema neoliberal. Assim, constatamos que, alguns meses e/ou anos de benefícios sociais, não são suficientes para que uma família consiga alcançar sua autonomia financeira, diante do contexto de precarização do trabalho e sucateamento das parcas políticas sociais implantadas no país nas últimas décadas.

Nesse conjuntura e também levando em consideração nosso objeto de estudo, avaliamos que os conceitos de governamentalidade e biopolítica de Foucault são imprescindíveis para essa análise, pois funcionam como chaves de leitura para compreender nossa realidade atual e, especificamente também, o fenômeno do acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua.

### 3.3 Governamentalidade e biopolítica: gestão e governo das populações vulneráveis

Os estudos sobre poder de Foucault (2013) são imprescindíveis para a presente investigação, especialmente pela ruptura que ele provoca em relação aos sentidos tradicionalmente dados à essa noção. Dessa maneira, por mais que o filósofo não tenha construído uma teoria sobre o poder, suas proposições se revelaram de suma importância para rever as relações humanas, inserindo uma dinamicidade que antes não se fazia presente. Mais do que situar onde o poder está, o sentido trazido por Foucault enfatiza que o poder não está num determinado lugar, mas que ele se exerce nas relações entre os sujeitos. Também não se trata de considerar que o poder apenas reprime, o poder cria, é produtivo. Gostaríamos de destacar uma definição que parece resumir bem como ele amarrou esse conceito, já no final de sua obra:

É um conjunto de ações sobre ações possíveis: ele opera sobre o campo de possibilidades em que se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou dificulta, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, coage ou impede absolutamente, mas é sempre um modo de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações (FOUCAULT, 2013, p. 288).

Ao situar o poder no campo do exercício das condutas e dos modos de agir, Foucault evidencia uma potência de ação ao sujeito que antes não estava tão claramente colocada. Tendo em vista que as noções mais clássicas de poder tendiam a posicioná-lo no nível de determinadas pessoas, lugares e instituições, ao sujeito comum não cabia essa possibilidade. O poder se confundia com o Estado e com a Igreja, e também com as pessoas que, geralmente, ocupavam o primeiro escalão nessas instituições. No entanto, Foucault destaca que o exercício do poder é possível para sujeitos ativos e, em alguma medida, livres, não cabendo essa noção, por exemplo, em situações de escravidão ou de violência extrema.

De modo mais prático, Foucault apresentou alguns pontos para colaborar na compreensão da sua analítica do poder. Podemos traduzi-los como ferramentas que permitem

destrinchar as relações de poder de uma determinada situação ou conjuntura. São elas: 1) o sistema das diferenciações, ou seja, todas as diferenças (jurídicas, econômicas, linguísticas, culturais, habilidades e competências) que vão situar diferentes lugares para as pessoas envolvidas, definindo essas relações de poder; 2) o tipo de objetivos: o que os distintos sujeitos daquele contexto visam (manutenção de privilégios, lucros, exercício de uma função ou de uma profissão); 3) as modalidades instrumentais: os instrumentos que são utilizados e suas características (armas, palavras, arquivos, vigilância, regras explícitas ou não, permanentes ou modificáveis); 4) as formas de institucionalização: são as características dos dispositivos onde determinado fenômeno ocorre (abertos, fechados, autônomos ou não, de estrutura complexa, com aparelhos múltiplos), 5) os graus de racionalização: procedimentos adotados sobre um campo de possibilidade que pode ser mais ou menos elaborado, a depender dos instrumentos e dos resultados (FOUCAULT, 2013).

De antemão, já podemos perceber como esse conjunto de ferramentas será útil na análise, na medida em que temos diferentes sujeitos e instituições, assim como distintos objetivos, instrumentos e graus de racionalização presentes no fenômeno que estamos pesquisando. Ademais, o sistema de diferenciações, enquanto uma chave de leitura, também nos parece fundamental na compreensão dessa prática de separar mães e bebês, logo após o nascimento, ainda nas maternidades brasileiras.

Tendo como pano de fundo as relações de poder, nessa perspectiva foucaultiana, podemos agora incorporar os demais conceitos desse autor que entendemos como relevantes nosso estudo: a governamentalidade e a biopolítica.

Foucault (2008a), ao iniciar a discussão sobre o conceito de governo, abordou a polissemia da palavra, nos seus diversos sentidos que prevaleceram entre os séculos XIII e XV, antes da ideia de governo ser fortemente associada ao político e ao Estado. Nesse momento histórico, governar estava relacionado às distintas artes de governo, por exemplo, às dimensões físicas e espaciais, como a questão de dirigir-se; também poderia ter o sentido material de sustentação ou subsistência. Já no âmbito moral, a noção de governo passava igualmente por significados espirituais e de conduta entre indivíduos, como podemos identificar na expressão “governar almas” ou ainda a ideia de conduzir outras pessoas. Desse modo, as artes de governo abrangiam aspectos da esfera material, espacial e de deslocamento; o governo como sustentação, alimentação e condução. Esse amplo campo de significações perdurou por vários séculos e, fazendo uso desse leque de significados, o filósofo assim resumiu a ideia de governo:

Refere-se ao controle que se pode exercer sobre si mesmo e sobre os outros, sobre seu corpo, mas também sobre sua alma e sua maneira de agir. E, enfim, refere-se a um comércio, a um processo circular ou a um processo de troca que passa de um indivíduo a outro. Como quer que seja, através de todos esses sentidos, há algo que aparece claramente: nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades (FOUCAULT, 2008a, p. 164).

Podemos perceber como, nessa proposição foucaultiana, ele opera um deslocamento semântico, no sentido de trazer a noção de governo para a dimensão do sujeito, desvinculando-a do significado político estatal que ganhou força maciçamente no século XVI e XVII e que tem permanecido vigente até os dias atuais. Esse resgate histórico possibilita um retorno para a esfera do sujeito, situando a ideia de governo no nível da relação entre indivíduos. Nessa lógica, ele conclui que apenas pessoas e coletivos são governáveis, não sendo possível governar um Estado ou um território. Torna-se possível sim governar pessoas que integram uma determinada estrutura política, mas não a estrutura em si.

Essa retomada de antigas significações da ideia de governo permitiu outras perspectivas de análise, levando-o à construção do conceito de governamentalidade, conforme vemos na citação a seguir:

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bastante específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros —soberania, disciplina— e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se foi pouco a pouco “governamentalizado” (FOUCAULT, 2008a, p. 143-144).

A partir dessa definição, teríamos uma diversidade de ações, estratégias e procedimentos que podem ser considerados governamentais, no sentido de conduzir as populações. Se até então as análises de Foucault estavam voltadas para a noção de disciplina, por meio dos seus estudos voltados para a loucura, para o crime e para as instituições prisionais, com o advento da ideia de governamentalidade, haverá um aperfeiçoamento das

suas investigações, com uma analítica do poder mais refinada, por meio de técnicas de governo difusas e em diferentes domínios. Dessa forma, mais do que considerar os modos de governar como sendo algo de autoria do Estado, trata-se de inverter essa sequência, reconhecendo como o Estado, cada vez mais, se governamentalizou, incorporando tais técnicas no seu funcionamento administrativo.

No esteio desse debate, Foucault (1999) também avança nas suas pesquisas sobre a disciplina e o biopoder, dando lugar à noção de biopolítica. Considerando o biopoder como o poder sobre a vida, o filósofo vai dizer que esse tipo de poder específico foi desenvolvido em duas formas principais, a partir do século XVII. O primeiro modo foca o corpo como máquina, por meio do seu adestramento, da extorsão de suas forças, a ampliação da sua utilidade e docilização. Isso seria possível por meio da ideia de disciplina.

Já a segunda forma de poder sobre a vida teria emergido, por volta da segunda metade do século XVIII, e visaria o corpo enquanto espécie, no seu sentido biológico: proliferação, nascimento, mortalidade, saúde, longevidade, dentre outros. Foucault assim resume: *“As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida”* (1999, p. 131). Chama a atenção o fato do filósofo não utilizar a expressão ‘reprodução’, preferindo adotar a palavra ‘proliferação’ para se referir à propagação dos seres humanos.

Duarte (2010) analisa como Foucault operou um deslocamento na sua investigação genealógica quando passou a estudar os dispositivos de segurança e o controle social. Não se tratava mais de separar os indivíduos por meio de técnicas disciplinares e *“esquadrinhar o espaço urbano, mas, sim, o de regulamentar o movimento livre e a adequada circulação das coisas, das pessoas e das riquezas, tendo como seu alvo, justamente, a liberdade”* (p. 240).

Para conduzir a vida das populações fez-se necessária a criação de diferentes técnicas governamentais, pois não seria mais possível intervir no nível individual das pessoas como se dava com o poder disciplinar. Assim, os procedimentos tinham que ser planejados e executados em relação aos padrões de vida ditos normais da população em questão. E aquilo que saía do esperado em termos de taxas de longevidade, mortalidade, imigração, etc, exigia estratégias específicas. Ao mesmo tempo, também se visava que as pessoas incorporassem essas ações, induzindo outras a adotar tais condutas, não apenas obedecendo passivamente como se dava na lógica dos mecanismos disciplinares. Estaríamos diante de uma nova racionalidade governamental: o governo das populações através de técnicas biopolíticas.

Contudo, Foucault (2008a) fez questão de esclarecer que não estaria ocorrendo uma substituição de tipos de sociedade, ou seja, uma sociedade de soberania sendo substituída por

uma sociedade disciplinar e, então, uma sociedade de governo. Para ele, teríamos “*um triângulo: soberania, disciplina e gestão governamental, cujo alvo principal é a população e cujos mecanismos essenciais são os dispositivos de segurança*” (p. 142-143). Dessa maneira, podemos reconhecer o processo de aprimoramento da analítica de poder foucaultiana, tendo em vista a coexistência de distintos domínios de governo, sob diferentes engendramentos. Diante dessas ponderações, fica evidente como a biopolítica se constitui uma forma específica de governamentalidade.

Considerando nosso problema de pesquisa e a tentativa de lançar luzes sob tal fenômeno, não apenas descrevendo-o, mas analisando-o na nossa conjuntura atual, gostaríamos de dar ênfase às possibilidades de enfrentamento e aos mecanismos de luta que podem se fazer presente nessas práticas de acolhimento institucional de bebês. Se tomamos o poder como dinâmico, mutável e sendo exercido nas relações cotidianas das pessoas, há que se levar em conta que as técnicas de governo não são necessariamente incorporadas e aceitas passivamente. Existe um componente de questionamento que Foucault (2013) nomeou como resistência. Nessa perspectiva, ele sugere uma maneira de analisar as relações de poder a partir dos modos de resistência contra as diferentes formas de poder, localizando sua posição, descobrindo seu ponto de aplicação e os métodos empregados, através do antagonismo das estratégias.

Para entender um determinado fenômeno, deveríamos então investigar o seu oposto, dissociando as relações de poder imbricadas e compreendendo o que elas significam nesse contexto. O filósofo descreve uma série de características que constituem essas lutas e esses movimentos de resistência, havendo um aspecto que gostaríamos de ressaltar, pois parece ter relação com o caso das mulheres que estão perdendo seus bebês, no Brasil, atualmente:

(...) lutas que questionam o estatuto do indivíduo: por um lado, afirmam o direito de ser diferente e enfatizam tudo aquilo que torna os indivíduos verdadeiramente individuais; por outro, atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária, força o indivíduo a se voltar para si mesmo e o liga à sua própria identidade de um modo coercitivo (FOUCAULT, 2013, p. 277).

As mulheres que fazem uso de SPA e/ou estão em situação de rua são diferentes do padrão esperado socialmente e o fato de terem filhos as coloca numa situação limítrofe. O estatuto de ser mãe é questionado e violações são perpetradas, na medida em que não se reconhece a possibilidade dessas mulheres exercerem a maternagem. Ao mesmo tempo, romper o vínculo com o bebê que poderia ressignificar suas condições de vida, fragiliza ainda

mais a relação dessa mãe com sua família de origem, pois o uso de SPA e/ou a situação de rua, por si só, são situações complexas e tendem a colocar essa mulher numa condição de maior vulnerabilidade, considerando o estigma associado ao consumo de SPA, assim como às pessoas em situação de rua.

Diante dessa conjuntura extrema, recorreremos às reflexões de Foucault (2006c) quando ele afirma que as relações de poder, a todo momento, abrem a possibilidade de resistência; quanto maior for a resistência, maior será a tentativa do poder dominante se manter. No caso dessas mães que estão perdendo seus filhos, poderemos perceber muito claramente as dificuldades enfrentadas por essas mulheres, na medida em que possuem poucas perspectivas de enfrentamento. Nesse contexto, as relações de força estão distribuídas em diferentes domínios: assistência social (proteção especial), saúde, justiça, poderes executivo e judiciário, sendo as mães o elo mais frágil nesse diagrama institucional.

As possibilidades de resistência estão mais no campo dos/as profissionais que estão no atendimento direto dessas mulheres, na medida em que podem seguir determinadas orientações ou não. O modo como as equipes de saúde e da assistência social vão conduzir suas práticas é crucial, no sentido de determinar a separação entre essas mães e bebês. Por isso, problematizar essas relações interinstitucionais são imprescindíveis para engendrar uma análise do poder no fenômeno do acolhimento compulsório de bebês.

Ainda nessa questão da resistência, Foucault (2008a) se interroga: *“como designar esses tipo de revoltas, ou antes, essa espécie de trama específica de resistência a formas de poder que não exercem soberania e que não exploram, mas que conduzem?”* (p. 263-264). No caso que estamos pesquisando, o exercício do poder soberano e a exploração se fazem presentes, conduzindo as pessoas envolvidas a agir conforme orientações prescritas previamente. No entanto, entendemos que, mesmo diante de tais agravantes, existem possibilidades de ação para além dos códigos de condutas prescritos. Para nomear esse tipo específico de enfrentamento, o filósofo vai adotar a palavra *contraconduta* por constatar que esse vocábulo evidencia o sentido ativo do termo, mais do que *inconduta* ou *dissidência*, compreendendo-a como uma *“luta contra os procedimentos postos em prática para conduzir os outros”* (FOUCAULT, 2008a, p. 266).

Com a presente tese, visamos assim, identificar quais *contracondutas* estão sendo produzidas nesse contexto em que a separação entre mães e bebês vem ocorrendo de modo sistemático. Do nosso ponto de vista, iluminar essas práticas são fundamentais para problematizar como essas relações de força têm se instituído e quais dinâmicas e embates institucionais estão presentes nas realidades estudadas, ou seja, Belo Horizonte e São Paulo.

Mais do que reconhecer condutas e contracondutas, também objetivamos investigar quais racionalidades estão sendo empregadas nessas práticas e estão subsidiando tais lógicas de funcionamento. Dessa maneira, buscamos estudar e analisar que tipo de razão tem fundamentado e justificado esse fenômeno contemporâneo, lembrando que *“o que devemos fazer é analisar racionalidades específicas mais do que evocar constantemente o progresso da racionalização em geral”* (FOUCAULT, 2013, p. 276). De modo mais estratégico, analisar os contextos específicos e suas relações de força e não perquirir uma racionalidade geral que seja capaz de dar conta de situações distintas com características que lhe são peculiares.

### 3.4 Experiência de exceção e vidas nuas: o que o caso particular revela?

Agamben vai retomar a noção de biopolítica de Foucault e aprofundá-la a partir de quatro conceitos presentes na política ocidental: poder soberano, vida nua (*homo sacer*), estado de exceção e campo de concentração. A combinação da ideia de soberania e estado de exceção teria sido o ponto de partida para a delimitação do conceito de biopolítica de Agamben. O soberano é aquele que pode decidir e impor o estado de exceção, em função de uma situação de risco. Porém, para Agamben, o lugar do soberano constitui-se um paradoxo, na medida em que ele está dentro do ordenamento legal, mas também encontra-se fora das leis vigentes por ser o único que tem a permissão de decidir sobre o estado de exceção. Haveria aí uma indistinção fundamental entre espaço jurídico e espaço político, gerando uma indiferenciação entre fato e direito (DUARTE, 2010).

Nessa ótica, Agamben (2010) declara: *“o soberano é o ponto de indiferença entre violência e direito, o limiar em que a violência se transpassa em direito e o direito em violência”* (p. 38). Com essa afirmativa, o filósofo italiano indica que, entre a violência e o direito, se coloca um limite muito tênue, sendo possível inferir como situações de violência podem decorrer do exercício do poder soberano. Ou melhor dizendo, nos termos de Duarte (2010): *“Para Agamben, não se pode pensar o direito sem considerar a violência intrínseca que se explicita na constituição e manutenção do poder soberano, aquela capaz de instaurar o estado de exceção”* (p. 277).

Quando Agamben insere a questão da violência no exercício do poder soberano, nos parece relevante considerar como esse fator ganha força, ao analisarmos nosso objeto de investigação. Estudando as práticas de acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, reconhecemos muito facilmente como o poder

soberano se concretiza nas orientações e nos documentos formalizados, seja pelo Ministério Público, seja pelo Poder Judiciário, ainda que constem como meras recomendações.

Nesse caso, não se trata simplesmente de documentos que prescrevem orientações às maternidades e hospitais que podem ser seguidas ou não, mas sim recomendações que têm autoria institucional. De modo mais específico, estamos nos referindo a instituições com a tradição do exercício do poder soberano. O Poder Judiciário que tem a atribuição de julgar e o Ministério Público que é autônomo em relação aos três poderes, não pode ser extinto e tem o papel de fiscalizar o cumprimento das leis<sup>6</sup>. Significa dizer que as recomendações emitidas por essas instituições ganham uma força soberana, tornando-se difícil para aqueles que são responsáveis pelo seu cumprimento questionar o conteúdo do que lhes foi recomendado.

Isso fica ainda mais evidente, quando observamos o conteúdo da portaria expedida pela VIJ da Comarca de Belo Horizonte que expressa claramente que todos os profissionais da saúde, assistência social e áreas afins têm o dever de comunicar os casos que envolvam gestantes e mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua. Se não o fizerem, podem responder por omissão dolosa ou culposa, ensejando a apuração da responsabilidade criminal do profissional (art. 19 da Portaria nº 3/VCIJBH/2016 – Diário de Justiça Eletrônico de 22/07/16). Temos, nesse exemplo, o exercício do poder soberano atuando no limite entre o direito e a violência, pois impõe uma determinada conduta profissional, não permitindo que os sujeitos envolvidos tenham autonomia no manejo dos casos. A indistinção entre fato e direito e entre espaço político e espaço jurídico estão estabelecidas, na medida em que essa VIJ, enquanto poder soberano, instituiu um certo comportamento profissional antes inexistente, criando um fato novo e, de certa maneira, ferindo o livre arbítrio dos profissionais no exercício de suas tarefas.

Agamben (2004) prossegue na sua análise sobre soberania, incorporando a noção de estado de exceção e definindo-a como uma espécie de suspensão da própria ordem jurídica. Seria como:

A abertura de uma lacuna fictícia no ordenamento, com o objetivo de salvaguardar a existência da norma e sua aplicabilidade à situação normal. A lacuna não é interna à lei, mas diz respeito à sua relação com a realidade, à possibilidade mesma de sua aplicação. É como se o direito contivesse uma fratura essencial entre o estabelecimento da norma e sua aplicação e que, em caso extremo, só pudesse ser preenchida pelo estado de exceção, ou seja, criando-se uma área onde essa aplicação é suspensa, mas onde a lei, enquanto tal, permanece em vigor (p. 48-49).

---

<sup>6</sup> <http://www.brasil.gov.br/governo/2010/01/ministerio-publico>. Acesso em 20 jul 2018.

Com essa demarcação do que seria estado de exceção, Agamben problematiza o ordenamento jurídico, por meio da criação de uma zona em que a aplicação da lei está suspensa, no entanto, continua valendo. Estabelece-se uma brecha entre a norma e sua aplicação, instituindo uma lacuna que permite a suspensão da ordem jurídica, mas não sua interrupção.

Agamben (2004) continua: *“O estado de exceção não é uma ditadura, mas um espaço vazio de direito, uma zona de anomia em que todas as determinações jurídicas – e, antes de tudo, a própria distinção entre público e privado – estão desativadas”* (p. 78).

Quando analisamos nosso objeto de estudo, fazendo uso do conceito de estado de exceção, podemos perceber como a separação imediata entre mães e seus bebês se efetiva num contexto legal que não permite tal tipo de prática. Passamos a ter uma situação que possibilita, via o conhecimento dos supostos especialistas (saúde e assistência social), a decisão de separar uma mãe de seu filho sem uma ação judicial que contemple o direito de defesa. A adoção de tal prática parece se encaixar na ideia de estado de exceção de Agamben (2004), na medida em que se abre uma lacuna entre as leis vigentes para atender uma determinada demanda e tal evento não é considerado fora da lei, pois está vinculado a uma certa ordem jurídica. Trata-se de um espaço vazio de direito em que cabe a instituição de uma determinada conduta para dar conta de uma questão considerada atípica.

O ECA estabelece e delimita os principais pontos que devem ser observados para casos que exijam a aplicação do acolhimento institucional de crianças enquanto medida protetiva. Dessa forma, está óbvio que temos um ordenamento jurídico que regula ou, melhor dizendo, deveria regular essas situações.

Para todos os casos de acolhimento institucional, se faz necessário uma ação judicial em que a mãe tenha o direito de apresentar sua defesa. Nessas situações, teoricamente existem elementos concretos que justificam a separação e a medida de acolhimento institucional: situação de risco, violência, negligência, abandono, dentre outras razões. No curso do processo, esses aspectos serão analisados detalhadamente para que, ao final, seja proferida uma decisão judicial que vai determinar a reintegração familiar ou a destituição do poder familiar. No caso de um bebê que nasceu há poucos dias e ainda está no hospital ou maternidade com sua mãe, não há nenhum elemento concreto que possibilite tal avaliação. Trata-se de uma mera suposição. Essas mães estão sendo julgadas *a priori* e condenadas à separação de seus filhos sem processo judicial instaurado.

Nesse sentido, o fenômeno que estamos pesquisando parece se enquadrar numa condição de exceção, tendo em vista que existe uma norma legal que teoricamente abrange

essa situação, entretanto, a aplicação dessa lei está suspensa, cabendo a instalação de outros procedimentos que fogem do ordenamento jurídico sem que isso se constitua como impeditivo. Agamben (2004) resume exatamente isso quando diz: “*O estado de exceção é um espaço anômico onde o que está em jogo é uma força de lei sem lei*” (p. 61).

Conforme explicitado anteriormente, o filósofo italiano também faz uso do conceito de vida nua (*homo sacer*) para pensar a nossa contemporaneidade. Ele resgata essa noção do direito romano arcaico que pode ser traduzida como homem sacro. Trata-se daquela pessoa que cometeu um delito, não sendo lícito sacrificá-lo, no entanto, o indivíduo que o fizer não será condenado por homicídio. Isto significa que às pessoas que integram a condição de *homo sacer* cabe a realização de determinadas ações, sem que isto seja condenável.

O que define a condição de *homo sacer*, para Agamben (2007), é “*o caráter particular da dupla exclusão em que se encontra preso e da violência à qual se encontra exposto. Esta violência não é classificável nem como sacrifício e nem como homicídio, nem como execução de uma condenação e nem como sacrilégio*” (p. 84). Em outras palavras, a vida de um *homo sacer* não vale nem como sacrifício em prol de algo e ele também não é vítima de um assassinato. Ao mesmo tempo, sua morte não significa nenhum tipo de condenação – nem legal nem moral – para quem realiza tal ato.

Duarte (2010) estabelece uma relação interessante entre o *homo sacer* e o soberano quando declara: “*o homo sacer, por sua vez, é aquele em relação ao qual qualquer homem pode se comportar como se fosse soberano, pois qualquer um pode matá-lo*” (p. 279). É importante acrescentar que, para Agamben (2010), o lugar do soberano não se restringe à figura do jurista, mas tem estreita proximidade com o médico, o cientista, o perito e o sacerdote, apenas para mencionar alguns. Temos diversos especialistas em distintos domínios, podendo funcionar como soberanos diante de uma classe de sujeitos considerados *homo sacer*.

A partir dessas colocações, torna-se possível vislumbrar, quem são as pessoas que se encontram sob a condição de *homo sacer*, no Brasil, nos dias de hoje, ou seja, quem está sob a égide de uma vida nua. Para esse grupo de pessoas, as vidas são sacrificáveis, matáveis e violáveis. Trata-se de um funcionamento aplicável a algumas classes de pessoas, não estendível à população em geral. Duarte (2010) traduz o que seria esse tipo de vida na atualidade:

Vivemos sob um regime biopolítico cada vez mais intenso e saturado, sob contínua necessidade de redefinir o limiar entre o que está dentro da ordem

política (e, portanto, é uma vida que deve ser protegida) e o que está fora (tornando-se, portanto, vida descartável e “matável”). Em suma, vivemos cada vez mais sob a pressão da dinâmica da proteção e destruição da vida por meio de sua inclusão excludente no aparato jurídico regulado pelo poder soberano, fenômeno que se aproxima do seu ponto máximo (p. 281).

Finalmente, para concluir a junção dos conceitos de Agamben que permitiram novas reflexões em torno da biopolítica na era contemporânea, trazemos a noção de campo de concentração. O autor compreende que o campo de concentração não se constitui como algo exclusivamente do passado, estando extinto. Ao contrário, ele afirma que o campo é todo espaço de exceção que escapa do direito formal constituído. São espaços ambíguos e paradoxais característicos do estado de exceção (DUARTE, 2010).

Agamben (2010) prossegue na sua análise, afirmando que “*o campo é o espaço que se abre quando o estado de exceção começa a tornar-se a regra*” (p. 164). Em outras palavras, não estaríamos mais diante de situações pontuais de exceção como contraponto à regra instituída, mas passando a funcionar no regime de exceção.

Fazendo uma costura entre esses diferentes conceitos, Agamben (2010) vai resumir que o campo tem como estrutura o estado de exceção, baseado no poder soberano que decide sobre as vidas nuas. Nessa perspectiva, o soberano não se limitaria mais apenas a decidir sobre a exceção, passando a deliberar também sobre outras questões, sendo, o campo, portanto, um espaço híbrido de direito e de fato, tornando-se indiscerníveis. Em última instância, cabe ao soberano decidir em que momento a vida deixa de ser politicamente relevante.

Tomando como referência o regime nazista, Agamben (2010) vai afirmar que naquele momento se dá a integração entre medicina e política, enquanto uma das características da biopolítica moderna. Ele diz que há um deslocamento das decisões soberanas da esfera estritamente política “*para um terreno mais ambíguo, no qual o médico e o soberano parecem trocar de papéis*” (p. 139).

Quando analisamos o contexto do uso de SPA, a lógica proibicionista que restringe os tratamentos à abstinência, os processos psicossociais de estigmatização de quem utiliza substâncias psicoativas e as recentes estratégias de intervenção, em alguns Estados do Brasil, que ficaram conhecidas como internações compulsórias, podemos reconhecer como o poder soberano do Poder Judiciário, em aliança com o Poder Executivo assumiu esse tipo de biopolítica moderna apontado pelo filósofo italiano. O conhecimento médico torna-se imprescindível na definição dos tipos e graus de dependência química, sendo responsável por

atestar a incapacidade das pessoas se autodeterminarem, especialmente no que tange à questão do uso de *crack*.

Finalmente, Agamben (2010) define o campo como paradigma oculto do espaço político da modernidade, convocando-nos a reconhecer suas metamorfoses e travestimentos:

O campo é o próprio paradigma do espaço político no ponto em que a política se torna biopolítica e o *homo sacer* se confunde com o cidadão. (...) mais honesto e sobretudo mais útil seria indagar atentamente quais procedimentos jurídicos e quais dispositivos políticos permitiram que serem humanos fossem tão integralmente privados de seus direitos e prerrogativas, até o ponto em que cometer contra eles qualquer ato não mais se apresentasse como delito (p. 167).

Nesse sentido, considerando nossa problemática de pesquisa, estaríamos diante de procedimentos jurídicos e dispositivos políticos que possibilitam que a prática de separar mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua seja implementada dentro de um patamar de legalidade. Determinar o acolhimento institucional desses bebês é permitido, já que as leis sobre o assunto continuam valendo, entretanto, em casos extremos, é possível suspendê-las. Ou melhor dizendo, fazer dessa medida protetiva que é uma excepcionalidade, uma regra geral para uma determinada população, não constitui nenhum delito ou violação de direitos.

Agamben (2009) também trabalha a noção de paradigma, afirmando que Foucault, ao pesquisar a loucura, a confissão, o exame, dentre vários outros temas, tratou-os como fenômenos históricos singulares. Desse modo, essa seria uma especificidade da investigação foucaultiana, pois seus estudos, desde um ponto de vista historiográfico funcionam “*como paradigmas que, ao mesmo tempo que decidem um contexto problemático mais amplo, os constituem e os tornam inteligíveis*” (p. 22-23). Dessa maneira, ainda de acordo com o filósofo italiano, um paradigma pode ser entendido como um caso singular que se isola do seu contexto e, apenas se tornar compreensível, na medida em que explicita sua singularidade.

Algumas características vão definir a ideia de paradigma para Agamben (2009), conforme vemos a seguir:

- 1) É uma forma de conhecimento que não é indutiva nem dedutiva, mas sim analógica, que se move de uma singularidade para outra singularidade.
- 2) Neutralizando a oposição entre o geral e o particular, substitui a lógica dicotômica por um modelo analógico bipolar.
- 3) O caso paradigmático torna-se o que é suspendendo e, ao mesmo tempo, expondo seu pertencimento ao conjunto, de modo que não é possível separar nele exemplaridade e singularidade.
- 4) O conjunto paradigmático nunca é pressuposto pelos paradigmas, permanece imanente a eles.
- 5) No paradigma não há uma origem ou uma *arché*: todo fenômeno é a origem, toda imagem é

arcaica. 6) A historicidade do paradigma não está nem na diacronia nem na sincronia, mas sim no atravessamento entre elas (p. 40-41, tradução nossa).

Na tentativa de estabelecer um paralelo com nosso objeto de investigação, reconhecemos a singularidade do fenômeno do acolhimento institucional de bebês, filhas/os de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua. Ao analisar esse tipo de acontecimento, não visamos a realização de induções e deduções; ao contrário, buscamos construir analogias com outras situações singulares, especialmente de violação de direitos, por identificar a especificidade de alguns grupos de mulheres que estão sendo separadas de seus filhos.

Do ponto de vista da historicidade, não se trata aqui de estudar as questões sincrônicas ou diacrônicas desse fenômeno, mas como esses elementos se atravessam, ou seja, aspectos específicos do momento atual se articulam a outros fatores que dizem respeito a uma temporalidade maior. Podemos afirmar que o *crack*, enquanto SPA, constitui-se como um dado sincrônico da contemporaneidade que tem contribuído significativamente para a emergência dessa prática de separar mães e seus bebês. O advento dessa substância psicoativa específica, somado ao contexto diacrônico mais amplo de marginalidade e estigmatização das pessoas que fazem uso de SPA, ajuda a produzir esse tipo de evento.

A partir disso, compreendemos que pesquisamos uma experiência de exceção, no sentido trabalhado por Agamben (2004), enquanto um caso particular que passa a ser instituído num contexto de exceção onde já existe uma determinada lógica jurídica. No entanto, inobstante a isso, se faz presente uma lacuna, um espaço vazio que possibilita que tais técnicas e procedimentos de exceção se instalem.

Esse caso particular tem se concretizado por meio de ações que envolvem os saberes médicos e jurídicos. Sob a fachada de proteção e atenção à saúde, se instituem modos de operar que, na realidade, funcionam por meio da lógica penal. Nesse sentido, identificamos a existência de uma aliança entre os conhecimentos médicos e jurídicos, permitindo que determinadas vidas sejam reguladas por tais práticas. Podemos afirmar que, para essas vidas nuas, há uma série de técnicas intituladas como intervenções protetivas que mascaram práticas contemporâneas de disciplinamento dos corpos.

Também é possível reconhecer processos de judicialização, na medida em que uma certa lógica jurídico-policial costuma integrar tais práticas, ou seja, como regras, normas legais e práticas jurídicas passam a incidir na rotina das pessoas, definindo modos de viver e instaurando um lógica de gestão do cotidiano.

Considerando esse contexto de cerceamento de determinados modos de vidas, trazemos a questão da liberdade problematizada por Foucault (apud DEFERT, 2013), por entender que as ações humanas devem estar vinculadas à ideia de livre arbítrio e às possibilidades de escolha dos sujeitos, independente das condições de vida das pessoas envolvidas:

Os homens sonharam com máquinas libertadoras. Mas, por definição, não existem máquinas de liberdade. Jamais a estrutura das coisas têm competência para garantir a liberdade. Nada é funcionalmente libertador. A liberdade é o que se deve exercer, a garantia da liberdade é a liberdade (p. 52).

Para concluir essas reflexões teóricas, ponderamos que a temática da liberdade torna-se central nessa investigação, na medida em que estamos nos deparando com situações em que as vidas nuas das mulheres usuárias de SPA e/ou em situação de rua não importam, no entanto, a vida dos seus bebês importam e muito, razão pela qual têm sido levados para acolhimento institucional e separados de suas mães consideradas *a priori* incapazes de prover cuidados mínimos.

#### **4 PERCORRENDO A REDE:** a complexidade do cenário sociojurídico envolvendo assistência social, saúde e justiça na cena do acolhimento institucional de bebês

Para apresentar nosso caminho metodológico, é importante antes visualizar como o fenômeno do acolhimento institucional de bebês se concretiza na dinâmica de ações governamentais, majoritariamente de cunho estatal, envolvendo instituições da assistência social, da saúde e da justiça. Para tanto, temos que identificar os principais atores que atuam no campo da infância e da juventude, especialmente no que diz respeito à questão de defesa desse público específico, em consonância com o ECA (1990) e os princípios da proteção integral.

Considerando o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, a partir do que foi estruturado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), na sua Resolução 113 de 2006, temos, fundamentalmente, três eixos de atuação, sendo eles: a promoção, a defesa e o controle. O eixo da promoção de direitos caracteriza-se, basicamente, pela articulação e integração das políticas públicas em prol da infância e juventude. Já o eixo da defesa de direitos constitui-se pela garantia de acesso à justiça, aos mecanismos jurídicos de proteção legal, visando assegurar o cumprimento dos direitos a esse público. Finalmente, o eixo do controle social objetiva avaliar e monitorar as ações públicas de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente por meio dos conselhos de direitos.

Nesse sentido, as principais instituições responsáveis pela implementação do Sistema de Garantia de Direitos e o próprio ECA são: o Poder Executivo, por meio das políticas de execução das medidas protetivas e socioeducativas; o Poder Judiciário, especialmente as VII e suas equipes multiprofissionais; os MPE; as Defensorias Públicas; a Advocacia Geral da União e as Procuradorias Gerais dos Estados, as Polícias Civil e Militar; os Conselhos Tutelares; as Ouvidorias e as Entidades Sociais de Defesa de Direitos (CONANDA, 2006).

Nesse panorama mais amplo, a partir do ECA, temos um rol de medidas protetivas que são aplicadas às crianças e adolescentes que têm seus direitos ameaçados ou violados nas seguintes situações: I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III - em razão de sua conduta.

Dentre as medidas protetivas previstas no ECA, temos o acolhimento institucional como uma intervenção que se configura como uma medida excepcional e provisória, visando a reintegração familiar ou a colocação em família substituta, não devendo implicar em privação de liberdade das crianças e adolescentes abrigados (§ 1º do art. 101 do ECA).

É de suma importância trazer a reflexão de Digiácomo (2017) sobre a questão da omissão ou abuso dos pais e o que também deve ser destinado à família que tem o poder familiar suspenso:

A retirada da criança ou do adolescente de sua família de origem, no entanto, ainda que constatada omissão ou abuso dos pais ou responsável, somente deve ocorrer em situações extremas, sendo a família, por força de lei e do art. 226, da CF, destinatária de “especial proteção”, que compreende orientação e assistência, por parte do Poder Público (p. 164).

Considerando a excepcionalidade e a provisoriedade da medida protetiva do acolhimento institucional, reconhecemos que se trata de um encaminhamento a ser utilizado em casos extremos. Quando aplicado, caberá ao poder público destinar ações de orientação e assistência a essa família que teve alguma criança e/ou adolescente abrigado, entendendo a necessidade de acompanhar esse núcleo familiar que não está garantindo os devidos cuidados àqueles que foram acolhidos.

Geralmente, esse fluxo se inicia com o conselho tutelar ou alguma outra instituição da rede socioassistencial que recebe denúncias e acompanha casos de violação de direitos no campo da infância e juventude. A partir disso, o Ministério Público é acionado, podendo propor a ação de acolhimento institucional e/ou suspensão do poder familiar dos responsáveis como medidas protetivas para as crianças envolvidas.

Nesse momento, o caso é judicializado cabendo a avaliação dos membros da família pela equipe técnica da VIJ daquela circunscrição onde o grupo familiar reside. Apenas a partir do despacho judicial de que essa criança deve ser acolhida, então se dará a separação familiar, comumente por haver situação de risco se a criança permanecer no seu local de moradia. A criança será levada então para a entidade responsável pelo acolhimento institucional mais próxima da sua residência de origem.

Essas instituições podem ser gerenciadas diretamente pelo poder executivo municipal ou ser entidades sociais privadas conveniadas com suas respectivas prefeituras (ONG's, OSCIP's, associações sem fins lucrativos, etc). Essas entidades possuem equipes técnicas e ficam responsáveis por todos os cuidados das crianças e adolescentes que acolhem, passando a ser os guardiões, já que os pais ou responsáveis tiveram suspenso o poder familiar. Inicia-se então o processo de construção do Plano Individual de Atendimento (PIA) para elaborar e planejar as ações daquela criança acolhida, trabalhando no retorno ao convívio familiar ou a colocação em família substituta.

Espera-se que esse trabalho seja feito em rede, acionando as instituições responsáveis pelo cuidado das crianças e da família (saúde, educação, geração de renda, habitação, etc), mas também promovendo o vínculo dessas crianças com a família de origem e/ou extensa. Nesse período, a partir das avaliações técnicas feitas (tanto da entidade de acolhimento como da VIJ), os cenários vão se desenhando, no sentido de haver ou um investimento no retorno dessa criança para sua família ou um encaminhamento à destituição do poder familiar e o seu encaminhamento para adoção.

Ainda que o tema da adoção não seja central no fenômeno que estamos investigando, pudemos constatar como, de modo adjacente, esse debate surge nos documentos que analisamos e entrevistas que realizamos. Questionamentos que tentam relacionar o acolhimento institucional de bebês e a tentativa de diminuir e/ou agilizar a fila de adoção emergiram nesse contexto, sem que avaliações mais consistentes tenham se evidenciado. De qualquer maneira, o espectro da adoção parece ser algo que opera como pano de fundo nessa conjuntura de abrigamentos tão precoces e realizados apressadamente.

Fonseca (2002) pesquisou a circulação de crianças em comunidades de baixa renda na capital do Rio Grande do Sul e identificou como é comum crianças serem criadas em diferentes casas por diversos membros da família extensa, sem interferência estatal, olhando para esses acontecimentos não como problemas sociais, mas sim enquanto processos sociais. Porém, grupos vulneráveis têm um histórico negativo no Brasil, sendo vistos como incapazes, resultantes de privações econômicas e pobreza. Uma das hipóteses da autora é que a família extensa funciona como unidade significativa de organização social, ideia com a qual concordamos. No entanto, isso acaba sendo ignorado quando é determinado o acolhimento institucional, mesmo havendo membros da família extensa dispostos e interessados em assumir os cuidados desses bebês.

No momento em que o caso é judicializado, é estabelecido o direito ao contraditório, ou melhor dizendo, o direito à defesa. Contudo, para que isso se concretize formalmente, é necessário que os pais ou responsáveis constituam um advogado ou tenham um defensor público que os assista. Conhecendo a realidade do nosso país, podemos rapidamente vislumbrar as dificuldades de acesso à justiça das camadas populares e periféricas dos grandes centros urbanos do Brasil.

Aliado a isso, soma-se o contexto de morosidade do Poder Judiciário, levando-nos a admitir que dificilmente os acolhimentos institucionais de crianças e adolescentes são encerrados de modo célere, muitas vezes, deixando o público infanto-juvenil institucionalizado por longos períodos, conforme visto no estudo do IPEA (2004). Do ponto

de vista prático, as saídas possíveis para essa situação de acolhimento são: retorno para a família de origem (pais ou responsáveis), ida para algum membro da família extensa (avós, tios, primos, etc), colocação em família substituta ou permanência na entidade se nenhuma das possibilidades anteriores se efetiva.

No caso do fenômeno que estamos pesquisando, diversas etapas desse fluxo acima descrito são ignoradas, na medida em que essas mães, ainda gestantes ou no momento do parto/cesárea, são avaliadas *a priori* sobre a capacidade de cuidar adequadamente de seus bebês ainda quando estão nos hospital. Nesse momento, algumas equipes de saúde têm avaliado e concluído pela suposta incapacidade de maternagem dessas mulheres. Diante desse prognóstico, esses bebês são levados, logo após o nascimento, diretamente para acolhimento institucional, em função do relato de uso de SPA e/ou por estarem em situação de rua.

#### 4.1 Inspirações metodológicas: uma investigação genealógica

Com todos os desafios que essa perspectiva nos coloca, nos propusemos, nesta tese, a realizar uma análise genealógica, no sentido foucaultiano do termo. Desse modo, não temos interesse tanto na cronologia dos fatos, tampouco apostamos na linearidade dos eventos aqui investigados. Nosso trabalho visa lançar luz para aqueles acontecimentos costumeiramente escanteados, escondidos e escuros no dia a dia das práticas relacionadas ao acolhimento institucional de bebês. E também iluminar aquilo que se mostra mais evidente na superfície dos fazeres profissionais das pessoas que atuam junto a essas mulheres que usam SPA e/ou estão em situação de rua.

A proposta genealógica de Foucault (2006d) não trabalha com a ideia de buscar a origem dos fenômenos conforme a história tradicional, mas sim com a noção de que os acontecimentos emergem diante de uma determinada realidade. Sobre isso, ele afirma: *“Ninguém é portanto responsável por uma emergência; ninguém pode se autoglorificar por ela; ela sempre se produz no interstício”* (p. 24). Nesse sentido, uma análise genealógica não visa definir responsáveis por determinadas práticas, mas compreendê-las como eventos decorrentes de uma certa correlação de forças. Em outras palavras, apreender os modos de gestão e condução da vida que permitiram emergir um acontecimento. Desse modo, trata-se muito mais de entender a realidade enquanto processos de continuidade e descontinuidade desses jogos de forças em constante atuação.

Nessa lógica, não caberia procurar, por exemplo, responsáveis que, em um dado momento, propuseram o acolhimento institucional de bebês, nem tampouco descrever e

explicar os fatores que culminaram nesse tipo de ação. Importa mais identificar as correlações de poder, os jogos estabelecidos, as estratégias adotadas e os regimes de verdade produzidos pelos diferentes atores que integram essa prática.

Foucault (2006d) fala sobre o corpo enquanto “superfície de inscrição dos acontecimentos” (p. 22). Nessa lógica, podemos identificar como no corpo dessas mulheres e seus bebês se inscreve a prática do acolhimento institucional enquanto um acontecimento que viola direitos. São corpos objetualizados, corpos sem sujeitos, assujeitados ao poder estatal. Estamos falando de uma díade, a dupla mãe-bebê, em que a voz dessa mulher é considerada apenas contra sua defesa, na medida em que o relato da sua história passa a justificar a violação a que ela é submetida. Já o bebê ainda não tem voz, cabendo ao Estado sua proteção, tendo em vista a avaliação prévia de incapacidade dessa mãe para cuidar dele.

No entanto, esses corpos tornam-se objetos de interesse da ação governamental de diferentes maneiras. Essa mãe é interessante enquanto ainda tem esse bebê sob seu domínio; depois que o acolhimento institucional se efetivou, essa mulher é abandonada à própria sorte. Os cuidados ao bebê são garantidos, na medida em que ele é institucionalizado e essa mulher retorna para sua condição de vulnerabilidade sem qualquer assistência. A partir dos documentos e das entrevistas realizadas, podemos vislumbrar como esses modos de gestão da vida se institucionalizam, naturalizando violações de direito já corriqueiras no cotidiano de mulheres que estão em situações de extrema adversidade.

Já sobre a ideia de acontecimento, Foucault (2006d) assim nos esclarece:

É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta. Elas não se manifestam como formas sucessivas de uma intenção primordial; como também não têm o aspecto de um resultado. Elas aparecem sempre na área singular do acontecimento (p. 28).

Nesse sentido, o acolhimento institucional desses bebês não decorre de uma decisão específica de um determinado sujeito que definiu instituir tal prática, mas da emergência de um acontecimento que se deu no acaso de uma luta e diante de questões singulares, sem necessariamente uma intenção prévia.

Dreyfus e Rabinow (2013) confirmam esse entendimento, explicitando como opera a genealogia proposta por Foucault, em contraposição à perspectiva da história tradicional:

Para o genealogista, não há sujeito, nem individual nem coletivo, movendo a história. Essa noção, contudo, não nos surpreende. Porém, a noção de interstício, esta sim, é bastante surpreendente. O jogo de forças em qualquer situação histórica particular torna-se possível pelo espaço que as define. É esse campo ou clareira que é primário (p. 145-146).

Os autores acima citados vão esclarecer, nesse momento, a ideia de interstício. Desse modo, importa menos quem são os indivíduos numa dada situação e mais o campo em que estão inseridos. A constituição e a configuração desse espaço primário se apresenta como mais relevante, uma vez que revela a correlação de forças em jogo, ao invés de enfatizar os sujeitos que estão integrando esse contexto.

Foucault (2006d) continua sua análise, apontando como um acontecimento pode significar diferentes desdobramentos, exigindo uma capacidade analítica de ler a conjuntura em que se insere esse fenômeno:

Um acontecimento pode assinalar a descontinuidade de um fluxo, a ruptura de um processo, de uma experiência ou de uma prática, como pode ainda possibilitar emergências diversas: a irrupção da diferença, de um ato transgressivo, uma prática de resistência ou de liberdade – é nesse registro que um acontecimento deve ser lido (p. 33).

Dessa maneira, pretendemos apreender os diferentes acontecimentos envolvendo o acolhimento institucional de bebês e suas respectivas mães, lendo-os e problematizando-os de acordo com as circunstâncias que os constituíram.

#### 4.2 Abrindo o campo: investigando, sensibilizando e entrevistando mulheres sobre outras mulheres

Nossa investigação constituiu-se, basicamente, por duas etapas metodológicas: a pesquisa de documentos públicos sobre o assunto e a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais que tivessem contato direto ou indireto com casos de bebês abrigados, filhas/os de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua. Embora, inicialmente, tivesse sido planejado uma sequência para essas etapas, sendo a primeira a fase documental e a segunda a realização das entrevistas, precisamos reconhecer e afirmar que essas atividades correram em paralelo. Isso porque, ao longo da pesquisa, novos contatos e novas informações nos levavam a novos documentos sobre o tema, ampliando e diversificando os materiais sistematizados no campo da assistência social, da saúde e da

justiça. Nesse sentido, a etapa de buscar e ler documentos prosseguiu praticamente até o momento de análise e escrita da tese.

A busca por pessoas para serem entrevistadas foi iniciada logo após a aprovação do Comitê de Ética da UFPE que ocorreu em agosto de 2016. Nosso projeto foi aprovado na sua primeira versão sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 57700716.0.0000.5208 conforme parecer que consta no anexo A.

Tendo em vista a definição de que o campo de estudo seria São Paulo e Belo Horizonte, foi feito um mapeamento de contatos que permitisse a identificação de pessoas que potencialmente poderiam ser entrevistadas para a presente investigação, sendo essas entrevistas realizadas à distância, via telefone ou videoconferência. Havendo interesse da pessoa em participar da pesquisa, enviamos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme apêndice A, por *email* para que ela pudesse assentir com a pesquisa. Utilizamos a técnica da bola de neve, pedindo para que cada pessoa entrevistada indicasse alguém que possivelmente se interessaria em participar e pudesse contribuir para a discussão do tema.

No caso de São Paulo, o contato inicial se deu através de uma psicóloga que é servidora do Tribunal de Justiça do Estado e atua numa comarca do interior do São Paulo. Tendo em vista sua inserção num grupo de profissionais do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP) que se comunica através de um *email* coletivo, ela escreveu sobre a proposta dessa pesquisa para esse grupo interno do TJ-SP, através de uma mensagem de *email*. A ideia foi que esse comunicado servisse como elemento disparador para que as demais pessoas pudessem se manifestar sobre o assunto, inclusive para também identificar se o acolhimento institucional de bebês estava ocorrendo com frequência no Estado de São Paulo.

A partir dessa mensagem inicial, falando sobre o tema da presente pesquisa, houve respostas de psicólogas/os e assistentes sociais, relatando diferentes práticas no atendimento a casos em que havia o consumo de substâncias psicoativas por parte das respectivas mães. Chamou atenção o grau de heterogeneidade no manejo dos casos e as diferentes atuações das equipes das Varas e dos conselhos tutelares. Isso demonstra a complexidade da realidade cotidiana com a qual o Poder Judiciário se depara, nos casos concretos em que atua. Desses relatos, apenas uma psicóloga afirmou estar ocorrendo o acolhimento institucional de bebês por determinação do magistrado da Vara em que está inserida. Nos demais casos, a prática predominante consistia em identificar alguém da família extensa para ficar com a/o bebê e, somente na ausência de familiar que ficasse com a/o bebê, era feito o acolhimento institucional.

Diante dessas respostas, na sua grande maioria, negativas em relação ao acolhimento institucional de bebês, iniciou-se o contato com a única profissional que relatou estar vivenciando essa prática na sua rotina profissional. Toda a comunicação inicial se deu por *emails* e quando foi possível planejar o agendamento da entrevista, a profissional enviou uma mensagem perguntando se não poderia responder as questões por escrito. Explicamos que se tratava de uma pesquisa qualitativa com entrevistas e não por meio de aplicação de questionários. Como alternativa, oferecemos a possibilidade de uma entrevista telefônica, já que ela estava com dificuldades no uso do *Skype*. Ela respondeu então dizendo que poderia ser por telefone, no entanto, insistiu para que as questões da pesquisa fossem adiantadas para que ela pudesse compartilhar com os demais membros de sua equipe. Desse modo, resumidamente, escrevemos quais eram os eixos da entrevista (apêndice B) e os principais tópicos a serem abordados. Passado alguns dias, telefonamos em seu local de trabalho para iniciar uma aproximação menos formal que a troca de *emails*. Também pretendíamos “amarrar” a realização da entrevista e estabelecer um contato por telefone antes da entrevista em si. Ela se mostrou receptiva e com uma postura menos receosa que a apresentada nas mensagens. Assim, pudemos finalmente agendar a data da entrevista telefônica que ocorreu em novembro de 2016.

Logo após, iniciamos o contato com a assistente social do hospital que essa primeira entrevistada sugeriu que também participasse da pesquisa. Enviamos um *email*, apresentando a pesquisa e perguntando se havia interesse em participar. Ela respondeu dizendo que a entrevista deveria ser autorizada pela direção do hospital e nos repassou o *email* do setor responsável. Iniciamos as tratativas e o comitê de pesquisa do referido hospital solicitou vários documentos (projeto, aprovação do Comitê de Ética da UFPE, roteiro de entrevista, etc). Atendemos a todas as solicitações e, mesmo depois de inúmeros *emails* trocados, não recebemos a autorização para realizar a entrevista. Essa situação revelou como a burocracia pode funcionar para impedir que esse assunto venha à tona e seja discutido.

Retomamos o contato com a primeira entrevistada para solicitar uma nova indicação, diante da impossibilidade de realizar a entrevista com a assistente social desse hospital. Ela gentilmente nos forneceu o contato de um serviço de acolhimento institucional do município e iniciamos mais um processo de aproximação. Depois de haver uma sinalização positiva, explicamos mais detalhadamente o tema da pesquisa e recebemos uma resposta formal de que em função da agenda de atendimentos da equipe, não seria possível a participação no estudo. No entanto, recebemos mais dois contatos, de um outro serviço de acolhimento institucional e

de um conselho tutelar, que apesar dos convites enviados, infelizmente não nos responderam até hoje.

Ainda no mês de novembro de 2016, conseguimos realizar a segunda entrevista telefônica com uma profissional que estava vivenciando a prática do acolhimento institucional de bebês no Estado de São Paulo. Estávamos presentes numa mesma conferência e, ao final, trouxemos a temática do acolhimento de bebês. Terminada a conferência, conversamos e contamos sobre essa pesquisa e foi feito o convite para ela participar. Ela não apenas se prontificou, como passou diversos contatos de profissionais que também estavam acompanhando os casos de acolhimento de bebês. A partir dela, conseguimos a terceira entrevista com uma profissional que também tem acompanhado essa realidade no seu cotidiano profissional.

As demais entrevistadas decorreram de outros contatos pessoais e pessoas que estavam em eventos acadêmicos discutindo temas correlatos que permitiram a identificação de potenciais participantes para a pesquisa. É interessante comentar sobre as dificuldades que se apresentaram, no sentido de identificar pessoas para participar e que se disponibilizassem para tal. Nos demos conta de que estávamos adentrando numa seara de difícil acesso e com informações restritas. Em alguns momentos da pesquisa e diante da escassez de entrevistas, ponderamos sobre a possibilidade de não incluir São Paulo no estudo.

Depois que algumas entrevistas foram feitas, analisamos se deveríamos circunscrever a pesquisa apenas à capital, já que seria inviável abarcar todo o Estado de São Paulo. Entretanto, consideramos o tema da pesquisa como algo sensível e de alta complexidade, exigindo ressalvas metodológicas. Desse modo, decidimos prosseguir com a investigação em São Paulo com as pessoas que se dispusessem a participar, independente da cidade e do local de trabalho, desde que tivessem algum contato com casos de acolhimento institucional de bebês. Nossa impressão era que teríamos acesso apenas aos “rastros” do que tem sido essa prática em São Paulo, sobretudo pelo seu caráter ainda velado. Abaixo, temos no quadro 2, alguns dados pessoais que caracterizam nossas entrevistadas de São Paulo:

Quadro 2 - Caracterização das entrevistadas do Estado de São Paulo

|              | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Formação</b> | <b>Local de trabalho</b>          | <b>Tempo de trabalho na área</b> |
|--------------|-------------|--------------|-----------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| SP01 – Olga  | F           | 52 anos      | Psicóloga       | Tribunal de Justiça<br>(interior) | 25 anos                          |
| SP02 – Meire | F           | 35 anos      | Psicóloga       | Defensoria Pública                | 6 anos                           |

|             |   |         |                   |                                    |         |
|-------------|---|---------|-------------------|------------------------------------|---------|
| SP03 – Rita | F | 35 anos | Assistente Social | Defensoria Pública                 | 3 anos  |
| SP04 – Duda | F | 36 anos | Jornalista        | Hospital/Maternidade<br>(interior) | 8 anos  |
| SP05 – Anna | F | 33 anos | Psicóloga         | Tribunal de Justiça                | 5 anos  |
| SP06 – Cida | F | 62 anos | Socióloga         | Saúde - População de<br>Rua        | 17 anos |

Já em relação à Minas Gerais, mais precisamente Belo Horizonte, também iniciamos os contatos iniciais logo após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética, não estabelecendo uma ordem prioritária em relação aos locais do ponto de vista geográfico. Decidimos que as entrevistas, tanto de São Paulo como da capital mineira, ocorreriam simultaneamente, a depender muito mais da sinalização positiva das participantes.

Nas primeiras tratativas, os contatos foram praticamente infrutíferos. Pessoas de diferentes áreas de atuação profissional, em Belo Horizonte, foram contatadas. Uma delas se disponibilizou, mas não identificou ninguém em sua rede que fizesse parte da prática de acolhimento institucional de bebês. Outras duas sequer responderam as mensagens iniciais e uma quarta pessoa pediu um tempo para buscar contatos que pudessem contribuir com a pesquisa. Enquanto esse último contato não retornava, buscamos novas possibilidades de abertura do campo de pesquisa.

Nesse segundo momento, identificamos um contato pessoal que havia morado alguns meses em Belo Horizonte a trabalho e poderia indicar profissionais com experiência na temática do presente estudo. Ela enviou um *email* para diversas pessoas que conheceu, especialmente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e, rapidamente, tivemos retorno de duas delas.

A primeira pessoa, de Belo Horizonte, se disponibilizou a participar da pesquisa e nos enviou uma notícia recente sobre o acolhimento de bebês que estava gerando polêmicas. Tratava-se de uma portaria da Vara Cível da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte de 22 de julho de 2016 que reforçava a prática já adotada pelo MPE. Ao mesmo tempo, ela também nos inseriu num grupo fechado de uma rede social virtual que estava discutindo o acolhimento institucional de bebês. Nessa rede, chamada “De quem é este Bebê?”, que possui mais de 300 membros, postamos um texto-síntese da pesquisa com o objetivo de identificar possíveis participantes. Infelizmente, a divulgação da pesquisa nesse espaço virtual não teve muita repercussão; algumas pessoas se manifestaram e um deles,

inclusive, repassou nosso texto por *email* para vários/as profissionais que ele conhecia. Algumas pessoas retornaram, mas não foi possível realizar nenhuma entrevista com ninguém desse grupo.

Diante desse desafio, retornamos para o primeiro contato, em Belo Horizonte, e agendamos a entrevista, que foi realizada por telefone. Por se tratar de uma pesquisa com a técnica da bola de neve, pedimos a indicação de outra pessoa que ela achava interessante participar do estudo. Ela sugeriu que fosse entrevistada uma técnica que também trabalhou no hospital. Fizemos o contato com essa profissional e conseguimos agendar a entrevista. Nesse caso, foi possível fazê-la por videoconferência (*Skype*), o que se mostrou mais rico, do ponto de vista da interação. Visualizar a pessoa e instituir um diálogo, tendo a imagem e a dinâmica do contato permite o estabelecimento de uma relação interpessoal bastante diferenciada, em relação ao contato feito apenas via telefônica.

No entanto, apesar de já ter testado previamente um programa de gravação do áudio e da imagem do computador, houve um problema técnico e foi gravado apenas os primeiros cinco minutos da entrevista que durou mais de uma hora. Não tivemos outra alternativa e solicitamos à entrevistada que fizéssemos de novo. Ela se disponibilizou e refizemos a entrevista, algumas semanas depois. Com o objetivo de evitar novas dificuldades técnicas, decidimos apenas gravar o áudio da entrevista com um telefone celular próximo, ainda que tivéssemos a imagem. Então, passamos a priorizar entrevistas pelo *Skype*, já que possibilitava uma interação mais rica e a gravação apenas do áudio para fins de transcrição e análise posterior.

Essa entrevistada indicou outra profissional que tinha uma vasta experiência em relação ao acolhimento institucional de bebês. Com essa terceira profissional também foi possível realizar a entrevista via *Skype* e, na realidade, só foi possível graças à existência de programas de videoconferência porque ela não estava mais residindo no Brasil. Seu relato foi bastante impactante pela gravidade dos fatos que ela contou, e por sua análise desses fatos.

As entrevistas posteriores derivaram de indicações das primeiras participantes, mas também conseguimos diversos contatos com pessoas que estavam em atividades públicas, de cunho acadêmico discutindo questões relacionadas ao acolhimento institucional de bebês. A seguir, no quadro 3, apresentamos as profissionais que entrevistamos da capital mineira:

Quadro 3 - Caracterização das entrevistadas de Belo Horizonte/MG

|  | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Formação</b> | <b>Local de trabalho</b> | <b>Tempo de trabalho na</b> |
|--|-------------|--------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------|
|  |             |              |                 |                          |                             |

|              |   |         |                   |                                | <b>área</b> |
|--------------|---|---------|-------------------|--------------------------------|-------------|
| MG01 – Laura | F | 35 anos | Psicóloga         | Hospital/Maternidade           | 9 anos      |
| MG02 – Helen | F | 29 anos | Psicóloga         | Hospital/Maternidade           | 6 anos      |
| MG03 – Júlia | F | 28 anos | Psicologia        | Hospital/Maternidade           | 4 anos      |
| MG04 – Tina  | F | 30 anos | Assistente Social | Atenção Básica – Saúde         | 6 anos      |
| MG05 – Gilda | F | 55 anos | Médica            | Saúde – Gestão                 | 29 anos     |
| MG06 – Sara  | F | 35 anos | Advogada          | Órgão do Sistema de<br>Justiça | 7 anos      |

Um aspecto que nos chamou a atenção, logo a partir das primeiras entrevistas realizadas, tem relação com a visibilidade e a mobilização das pessoas envolvidas no fenômeno. No caso de São Paulo, conforme descrito no tópico anterior, não identificamos nenhum documento oficial determinando o acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, à exceção da matéria jornalística que menciona uma portaria da Vara de Infância e Juventude da cidade de Bauru, no interior de São Paulo.

Já em Belo Horizonte, existem duas recomendações da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte do Ministério Público de Minas Gerais e uma portaria da VIJ da Comarca de Belo Horizonte que tratam especificamente do objeto da nossa pesquisa. Essa portaria foi suspensa em 2017 e uma portaria substituta está em análise pela Corregedoria do TJ-MG<sup>7</sup>.

Avaliamos que, de um lado, a existência de documentos oficiais, instituindo uma certa prática, dá visibilidade e consequentemente permite uma maior problematização do assunto em questão. Por outro, quando não há nenhuma determinação escrita sobre o tema, é como se a questão não existisse oficialmente, ficando no nível das práticas cotidianas, sem ganhar institucionalidade.

Desse modo, na capital mineira, constatamos não apenas uma maior visibilidade do assunto, como uma organização social e política não vista em São Paulo. Uma das nossas entrevistadas mineira relatou a existência de um grupo no *whatsapp* intitulado “Mães órfãs” com aproximadamente 60 pessoas de diversos campos da assistência social, da saúde e da justiça de Belo Horizonte, tanto do setor estatal como de organizações não governamentais, do meio acadêmico e movimentos sociais que estavam discutindo a retirada arbitrária de

<sup>7</sup> Até o final de outubro de 2018, não havia nenhuma nova informação sobre o assunto, de acordo com os jornais locais da capital mineira e os sites institucionais relacionados ao tema, evidenciando a ausência de mudanças em relação às normativas do Poder Judiciário de Minas Gerais.

bebês das suas mães. Ingressamos nesse grupo e passamos a acompanhar a discussão direta de casos, situações e a própria organização do grupo em torno do tema. No esteio desse debate, também chegamos ao *blog* “De quem é esse bebê? Por mais saúde e menos abrigo em BH”<sup>8</sup> que tem sistematizado a realidade dessa prática na capital mineira. Esses elementos de visibilidade e mobilização têm evidenciado como a situação em Belo Horizonte parece estar sendo mais debatida e problematizada do que em São Paulo.

Ao mesmo tempo, também não podemos deixar de mencionar como a realidade da capital mineira não pode ser comparada à realidade paulistana, em termos de complexidade estrutural, organizacional e política. Em outras palavras, dar visibilidade a uma pauta e mobilizar determinados setores em prol de uma questão exige um nível de organização numa capital com mais de 12 milhões de habitantes, bastante distinto, em comparação a uma capital que possui aproximadamente 2,5 milhões de habitantes<sup>9</sup>.

É importante mencionar que enviamos *emails* em outubro de 2017 para a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte, falando sobre nossa pesquisa e solicitando a participação dos promotores no presente estudo, porém, não obtivemos nenhum retorno. Considerando que as recomendações que ensejaram o fluxo de acolhimento institucional de bebês foram de autoria do MPE, avaliamos como de extrema importância acessar esses atores, no entanto, não obtivemos nenhum retorno dos convites feitos.

Outro aspecto importante e que deve ser mencionado se refere ao nosso grande interesse em acessar algumas dessas mulheres que perderam seus filhos. Na medida em que os contatos e as entrevistas com as profissionais da área eram feitas, cogitamos a possibilidade de entrar em contato com algumas mães que estivessem com seus bebês acolhidos. Inclusive solicitamos a intermediação desses contatos junto às profissionais que entrevistamos e, em alguns poucos casos, conseguimos o contato direto de algumas dessas mulheres. No entanto, infelizmente, as tentativas não resultaram em possibilidades concretas de entrevistas, em função de dificuldades logísticas e de comunicação.

Conseguimos os contatos de duas mulheres; a primeira sinalizou positivamente pela entrevista presencial, dizendo que estaria num determinado lugar de Belo Horizonte no dia seguinte. Explicamos que a entrevista teria que ser a distância e não conseguimos mais nenhum retorno dela. No caso da segunda pessoa, só havia o *email* porque ela estava, no momento, sem nenhum contato telefônico (fixo e/ou celular). Enviamos diversas mensagens,

---

<sup>8</sup> <https://dequemeestebebe.wordpress.com/>. Último acesso em 11 jun 2018.

<sup>9</sup> Dados obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2017/estimativa\\_dou\\_2017.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf). Acesso em 11 jun 2018.

mas não houve resposta. Posteriormente, conseguimos estabelecer contato com essa mãe através de uma rede social e ela se disponibilizou a fazer uma entrevista presencial, convidando-nos a ir até sua residência, também em Belo Horizonte. Explicamos que não seria possível, em função da distância e tentamos agendar uma entrevista virtual, mas depois compreendemos que seria muito difícil entrevistá-la à distância porque essa mãe precisaria ir a uma *lan-house* para usar a *internet*, inviabilizando uma entrevista no enquadre que necessitamos. Vale ressaltar que essa aproximação só foi possível em Belo Horizonte, em função da participação no grupo Mães Órfãs que envolve diferentes pessoas e setores atuantes nessa causa, evidenciando a mobilização da sociedade civil. Em São Paulo, essas mulheres que estão perdendo seus filhos parecem estar muito mais blindadas, no sentido de ser bem mais difícil conseguirmos acessá-las diretamente.

Todos esses elementos analisados em conjunto, ou seja, praticamente a inexistência de documentos científicos que abordam a temática da maternidade, o uso de SPA e/ou situação de rua e o acolhimento institucional de bebês, as dificuldades de acesso a pessoas para serem entrevistadas, a resistência daquelas que conheciam casos, a exigência prévia de documentos sobre a pesquisa, a recusa em participarem, a dificuldade de acessar essas mães, nos conduziu a constatação de que estamos lidando com um tema bastante sensível.

Também ficou evidente como nosso estudo abordou exclusivamente mulheres, ou seja, investigamos o fenômeno de mães que estão perdendo o direito da maternagem, como também entrevistamos profissionais sobre o tema que são exclusivamente mulheres. Podemos afirmar que a grande maioria das pessoas que atuam no campo da assistência social e da saúde também são mulheres. Reiteramos a perspectiva de que profissões ligadas ao cuidado ainda são majoritariamente ocupadas por mulheres. Situação que não ocorre no Poder Judiciário que ainda mantém uma maioria de homens em seu quadro funcional, tanto na magistratura como entre as/os servidoras/es, de acordo com o Censo do Poder Judiciário realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2014). Ainda assim, as servidoras que entrevistamos, do Poder Judiciário, também foram todas mulheres.

## 5 O CASO DE BELO HORIZONTE (BH): “é uma portaria, ele não é o rei, não é lei”

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

SÔNIA LANSKY – *De quem é esse bebê?*

A capital do Estado de Minas Gerais possui uma população estimada em torno de 2,5 milhões, de acordo com dados do IBGE de 2017. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de Belo Horizonte, em 2010, foi de 0,810, o que é considerado muito alto, estando na faixa mais elevada dos estudos feitos com esse tipo de indicador.

De modo mais direcionado ao campo da infância e da juventude, junto ao Poder Executivo, em nível municipal, identificamos a existência de nove conselhos tutelares com cinco membros cada um, sendo um conselho em cada região administrativa da cidade<sup>10</sup>. Também localizamos informações básicas sobre a Gerência de Abrigamento<sup>11</sup>, no site da Prefeitura de Belo Horizonte, que fica responsável por receber todas as demandas de acolhimento institucional. Há uma diferenciação dos públicos atendidos, mas não consta quaisquer informações sobre número de vagas e como funcionam os serviços de acolhimento. No caso do público que nos interessa, conseguimos identificar apenas que existem serviços que acolhem crianças e/ou adolescentes de zero a 18 anos incompletos, de ambos os sexos, em situação de risco social e pessoal e que também há abrigos que realizam acolhimento institucional de cunho familiar.

### 5.1 O “sequestro de bebês” na capital mineira: o que os documentos dizem sobre as mulheres mães que usam substâncias psicoativas e/ou estão em situação de rua

Conforme mencionado anteriormente, escolhemos a cidade de BH porque, em nossa pesquisa documental inicial, identificamos a existência de instrumentos institucionais, formalizando a prática de separar mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua e seus bebês recém-nascidos. Na capital capixaba, que foi nosso primeiro contato com essa experiência, constatamos que a recomendação do Ministério Público do Espírito Santo já havia sido revogada. No caso de BH, o fato de haver normativas, em pleno funcionamento, relacionadas a esse tipo de conduta colaborou para que essa localidade fosse incluída na presente investigação. Entendemos que tais documentos falam do presente e da emergência de uma

<sup>10</sup> <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/cmdcabh/conselho-tutelar>. Acesso em 17 set 2018.

<sup>11</sup> <http://portaldeservicos.pbh.gov.br/portalservicos/view/paginas/apresentaServico.jsf>. Acesso em 17 set 2018.

prática polêmica que exige maiores discussões e aprofundamentos. A nomeação do fenômeno como “sequestro de bebês” advém dos movimentos sociais de BH que convencionaram assim chamar os atos arbitrários cometidos pelo Estado ao abrigar compulsoriamente os bebês de mulheres vulneráveis. Abaixo, listamos os documentos levantados sobre o assunto e que serão analisados de modo mais detalhado.

Quadro 4 - Lista de documentos locais (de Belo Horizonte) e nacionais que abordam a prática do acolhimento institucional de bebês e os encaminhamentos às mulheres que fazem uso de SPA e /ou estão em situação de rua

|   | <b>Documento</b>                     | <b>Data</b> | <b>Autoria</b>                                                                  | <b>Assunto</b>                                                                                                                                                                 | <b>Local</b>       |
|---|--------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1 | Recomendação 5                       | 16/06/14    | 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte (MPE) | Recomenda aos hospitais e maternidades que os casos de mães usuárias de substância entorpecentes sejam comunicados à Vara de Infância e Juventude de BH/MG                     | Belo Horizonte/ MG |
| 2 | Recomendação 6                       | 06/08/14    | 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte (MPE) | Recomenda aos responsáveis pelas unidades básicas de saúde que os casos de mães usuárias de substância entorpecentes sejam comunicados à Vara de Infância e Juventude de BH/MG | Belo Horizonte/ MG |
| 3 | Ata da 11ª sessão plenária ordinária | 01/12/14    | Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA)             | Discute os impactos das Recomendações Promotoria da Infância e Juventude, dentre outros assuntos                                                                               | Belo Horizonte/ MG |
| 4 | Manifesto                            | 01/12/14    | Documento com assinatura coletiva de 31 pessoas jurídicas e físicas             | Reivindica a imediata suspensão das recomendações 5 e 6 do MPE                                                                                                                 | Belo Horizonte/ MG |
| 5 | Parecer nº 151 da Câmara             | 09/12/14    | Conselho Municipal de Saúde                                                     | Apresenta posicionamento contrário às recomendações 05 e                                                                                                                       | Belo Horizonte/    |

|    |                                                                                |          |                                                           |                                                                                                                                                                                                               |                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|    | Técnica de Saneamento e Políticas Intersectoriais (CTSPI)                      |          | (CMS)                                                     | 06 da 23ª Promotoria da Infância e Juventude de Minas Gerais                                                                                                                                                  | MG                 |
| 6  | Ata da Audiência Pública – Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor | 15/12/14 | Câmara Municipal de Belo Horizonte                        | Discute os impactos das Recomendações Promotoria da Infância e Juventude na rede municipal de acolhimento institucional para crianças e adolescentes e a garantia dos direitos das mães e crianças em questão | Belo Horizonte/ MG |
| 7  | Recomendação conjunta nº 01/2014/ODHT CMG/DPDH/D PIJC                          | 19/12/14 | Defensorias Públicas da União e do Estado de Minas Gerais | Estabelece recomendações para a saúde, poder público municipal, estadual e federal, conselhos tutelares e TJ-MG                                                                                               | Belo Horizonte/ MG |
| 8  | Ofício para a 23ª Promotoria da Infância e Juventude de Minas Gerais           | 26/12/14 | Secretaria Municipal de Saúde (SMSA)                      | Discute as recomendações nº 05 e 06 da 23ª Promotoria da Infância e Juventude de Minas Gerais                                                                                                                 | Belo Horizonte/ MG |
| 9  | Resolução CMS/BH – 377/15                                                      | 15/01/15 | Conselho Municipal de Saúde (CMS)                         | Resolve não atender as Recomendações 05 e 06/2014 da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte                                                                                | Belo Horizonte/ MG |
| 10 | Notas taquigráficas da Audiência Pública – Comissão de Segurança               | 27/01/15 | Assembleia Legislativa de Minas Gerais                    | Debate denúncias de que os filhos de dependentes químicos têm sido colocados para adoção                                                                                                                      | Belo Horizonte/ MG |

|    |                                                                                                                                                                                  |          |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|    | Pública                                                                                                                                                                          |          |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |
| 11 | Deliberação 111/2015                                                                                                                                                             | 09/02/15 | Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) | Estabelece um amplo diálogo entre a 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude/BH, a Vara da Infância e Juventude, as Defensorias Públicas e demais órgãos públicos e entidades não governamentais, para construir um fluxo de atendimento de mães, nascituros ou recém-nascidos | Belo Horizonte/ MG |
| 12 | Notas taquigráficas da Audiência Pública – Comissão de Segurança Pública, Comissão de Prevenção e Combate ao uso de Crack e outras Drogas e Comissão Extraordinária das Mulheres | 21/05/15 | Assembleia Legislativa de Minas Gerais                              | Debate as recomendações do Ministério Público sobre a adoção de filhos de mulheres usuárias de crack e outras drogas.                                                                                                                                                                   | Belo Horizonte/ MG |
| 13 | Ata da Audiência Pública – Comissão de Saúde e Saneamento                                                                                                                        | 26/08/15 | Câmara Municipal de Belo Horizonte                                  | Discute a assistência obstétrica e neonatal para mulheres dependentes químicas nas redes públicas e privadas de Belo Horizonte                                                                                                                                                          | Belo Horizonte/ MG |
| 13 | Nota Técnica                                                                                                                                                                     | 16/09/15 | Ministério da Saúde                                                 | Apresenta diretrizes e                                                                                                                                                                                                                                                                  | Brasília/          |

|    |                                                      |          |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |                   |
|----|------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    | Conjunta nº 001 – SAS e SGEF                         |          | (MS)                                                                                                                             | fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos                                                                               | DF                |
| 14 | Nota Técnica Conjunta nº 001/2016                    | 10/05/16 | Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)                                           | Apresenta 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/DF       |
| 15 | Portaria nº 3 / VCIJBH/2016                          | 22/07/16 | Vara Cível da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte (TJ)                                                             | Ratifica o conteúdo das recomendações do MPE e resolve que os profissionais de saúde e/ou a instituição hospitalar devem comunicar os casos de gestantes usuárias de SPA à Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte | Belo Horizonte/MG |
| 16 | Resolução Conjunta SES-MG/SEDPAC-MG/SEDESE-MG nº 206 | 18/11/16 | Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Direitos Humanos e Secretaria Estadual de Trabalho e Desenvolvimento Social | Autoriza a divulgação de orientações para os serviços públicos de atendimento às mulheres e adolescentes usuárias de crack e outras drogas e a seus filhos recém-nascidos                                                                     | Belo Horizonte/MG |
| 17 | Recomendação 011                                     | 07/10/16 | Conselho Nacional de Saúde (CNS)                                                                                                 | Recomenda ao MPF, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e Gestores do SUS que busquem garantir que as mães usuárias de SPA e/ou em                                                                                                        | Brasília/DF       |

|    |                                                                                |          |                                        |                                                                                                                                                                                                                              |                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|    |                                                                                |          |                                        | situação de rua permaneçam com seus filhos                                                                                                                                                                                   |                    |
| 18 | Resolução CMS/BH – 419/16                                                      | 15/12/16 | Conselho Municipal de Saúde (CMS)      | Resolve não atender à Portaria no 3/2016 da Vara Civil da Infância e Juventude de Belo Horizonte, seguindo as resoluções, recomendações e notas técnicas da SMSA, Secretaria Estadual de Saúde, MS e Defensorias Públicas    | Belo Horizonte/ MG |
| 19 | Ata da Audiência Pública – Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor | 16/03/17 | Câmara Municipal de Belo Horizonte     | Discute a situação das mães que têm seus filhos recém-nascidos sequestrados pelo Poder Público e demais implicações das recomendações 5 e 6 de 2014 da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte | Belo Horizonte/ MG |
| 20 | Notas taquigráficas da Audiência Pública – Comissão de Participação Popular    | 30/05/17 | Assembleia Legislativa de Minas Gerais | Debate os direitos das mulheres, seus bebês em situação de vulnerabilidade social, a humanização do parto, o incentivo ao aleitamento materno e ao desenvolvimento e proteção da infância                                    | Belo Horizonte/ MG |
| 21 | Notas taquigráficas da Audiência Pública – Comissão de Participação Popular    | 23/06/17 | Assembleia Legislativa de Minas Gerais | Debate o acolhimento compulsório de bebês, filhos de mulheres usuárias de drogas e com outras vulnerabilidades                                                                                                               | Belo Horizonte/ MG |

|    |                                                                                     |          |                                                                      |                                                                                                                                                                                                              |             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 22 | Nota Pública – CONANDA                                                              | 19/10/17 | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) | Repudia toda e qualquer medida do Sistema de Garantia de Direitos que autorize a retirada compulsória de bebês de mães usuárias de SPA                                                                       | Brasília/DF |
| 23 | CFESS Manifesta “O Serviço Social e o direito à convivência familiar e comunitária” | 06/02/18 | Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)                           | Emite posicionamento e orientação sobre a atuação intersetorial da/o assistente social no atendimento de mães usuárias de SPA, frente ao contexto de violação de direitos que vem se produzindo nesse espaço | Brasília/DF |

No contexto de Belo Horizonte, constatamos que dois órgãos estatais foram responsáveis por oficializar a prática do acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, colaborando para instituir um fluxo diferente do que estava estabelecido até então. Estamos nos referindo à 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPE-MG) e à Vara Cível da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJ-MG). Compreendemos que essas duas instituições possuem uma relevância importante na produção de novas formas de governo dos corpos não apenas dessas mulheres vulneráveis e seus bebês, mas também de uma série de profissionais e instituições que atuam nessa área e são afetados por essa governamentalidade específica, de cunho soberano.

Nesse sentido, podemos observar, conforme a tabela acima, como as recomendações 5 e 6 de 2014 (doc. 1 e 2.) do MPE, vão desencadear uma série de outros desdobramentos, não apenas na esfera da justiça, mas igualmente envolvendo o campo da assistência social, da saúde e também da infância. Conseguimos reconhecer como essa prática local vai exercer influência e repercutir em outros níveis, tendo em vista que haverá a produção de documentos de instituições nacionais e/ou federais que vão se posicionar sobre a questão.

No que se refere ao teor das recomendações 5 e 6 de 2014 do MPE, de junho e agosto de 2014, respectivamente, podemos afirmar que ambas elencam as mesmas considerações antes de adentrarem no assunto principal, além de possuir conteúdos similares. Utilizam como

principais fundamentos jurídicos a Constituição Federal de 1988, o ECA e a Lei nº. 12.010 de 2009. Ao citar a normativa mais atual, a consideração cita especificamente o artigo 13, parágrafo único, que trata das mulheres que desejam entregar filhos para adoção e a obrigatoriedade de serem encaminhadas para a justiça.

É interessante comentar como a escolha específica desse artigo da Lei nº. 12.010 serve apenas ao propósito de controlar os corpos dessas mães vulneráveis, desconsiderando o contexto mais amplo desse texto legal. De acordo com Rossato, Lépure e Cunha (2017), apesar dessa lei ter ficado conhecida como Lei Nacional da Adoção, na visão dos autores, essa normativa constitui-se muito mais como uma Lei de Convivência Familiar, tornando o procedimento de adoção muito mais rigoroso. O foco dessa lei destina-se à manutenção das crianças em suas famílias de origem, sendo a separação familiar uma medida excepcional e temporária enquanto os pais se reorganizam para receber os/as filhos/as de volta. Somente se todas essas ações falharem, as crianças serão encaminhadas para adoção.

Ambas recomendações do MPE são dirigidas aos profissionais de saúde, havendo uma diferença que não pode deixar de ser mencionada. Na recomendação 5, o texto dirige-se aos gerentes, diretores e responsáveis pelos hospitais e maternidades, enquanto que a recomendação 6 foca os agentes comunitários de saúde e os responsáveis pelas unidades básicas de saúde, ampliando significativamente o escopo do público anterior.

Secundariamente, a recomendação 5 também é encaminhada ao poder público municipal de BH, especificamente aos setores da saúde e assistência social, para que seja prestada assistência psicológica e jurídica as mulheres que entregam seus filhos, assim como recomendam a implantação de casas de apoio à gestante nas maternidades que não apresentem serviços dessa natureza.

Em relação às recomendações propriamente ditas, relacionadas à saúde, os principais conteúdos solicitam que: as mulheres que querem entregar seus filhos para adoção sejam encaminhadas ao setor responsável do Poder Judiciário, inclusive disponibilizando transporte para as mesmas; nos casos de recusa por parte da mulher em comparecer, os órgãos do Sistema de Justiça devem ser comunicados imediatamente. Também é feito o pedido de que situações de abandono de bebês, casos de maus-tratos e uso de SPA sejam comunicados para que se defina sobre o acolhimento ou entrega do bebê à família de origem ou extensa.

No caso da recomendação 6 que inclui a atenção básica de saúde, há o acréscimo de uma orientação que versa sobre a recusa de mulheres em fazer o pré-natal, devendo esses casos igualmente ser reportados à justiça *“para que sejam adotadas as medidas adequadas de proteção ao nascituro”* (p. 5). Identificamos, nessa segunda recomendação, como se amplia a

estratégia de intervenção governamental para tentar alcançar essas mulheres que não se enquadram no padrão. Ao invés de trabalhar apenas com os casos limítrofes que chegam na atenção secundária de saúde, ou seja, maternidades e hospitais, com essa orientação institucional, pretende-se intervir precocemente nas mulheres ditas ingovernáveis, visto que elas desviam da norma, exigindo medidas de proteção adequadas aos seus bebês. Estabelece-se aqui a incapacidade prévia dessas mães de cuidarem dos seus filhos porque não fazem o pré-natal e a consequente tentativa de controlar seus corpos.

Podemos dizer que essas recomendações inauguram oficialmente uma determinada gestão governamental dos corpos de mulheres, majoritariamente pobres e negras de BH. Ainda que não se trate de algo novo, no sentido de regulação desses corpos, vemos como a explicitação dessas condutas em recomendações visa instituir um regramento padrão no que antes era considerado exceção ou administrado individualmente, no caso a caso, a partir das compreensões locais.

O único outro documento analisado que irá acompanhar o teor das recomendações do Ministério Público, dentre todos os textos oficiais levantados, será a portaria 3 de 2016 (doc. 15) do TJ-MG. Essa portaria elenca várias considerações para então ratificar o que foi colocado anteriormente nas recomendações do MPE. Estabelece, de forma mais detalhada, como deve ser o procedimento de comunicação dos casos para a Vara, definindo quem preferencialmente deve fazê-lo (assistentes sociais) e o prazo para tal (até 48h após o nascimento do bebê). Resolve que, em sendo determinado o acolhimento institucional, o transporte do bebê para o abrigo deverá ser feito pelo Comissariado da Infância e Juventude e institui a metodologia de como proceder em relação aos casos junto ao setor psicossocial da Vara de Infância e Juventude e aos conselho tutelares.

É importante ressaltar o conteúdo do art. 19 da referida portaria que define que todos os profissionais da saúde, da assistência social e áreas afins possuem o *“dever de comunicar a ocorrência de situações de risco, podendo responder por omissão, caso seja constatada posteriormente que a criança, que foi entregue aos genitores em flagrante situação de risco, teve agravada a situação de violação de direitos”* (TJ-MG, 2016, p. 4). Acrescenta que as omissões irão ensejar a apuração de responsabilidade criminal do profissional de acordo com o ECA e o Código Penal.

Esse dever de comunicação por parte dos profissionais e a possibilidade de responder criminalmente diante de eventuais omissões deixa claro o caráter repressivo do poder soberano, na medida em que, por meio de reprimendas, tenta estabelecer uma determinada conduta junto às equipes de saúde e da assistência social nos casos de gestantes grávidas ou

que acabaram de dar à luz. Concomitante a isso, esse mesmo poder soberano que emana da VIJ produz outros efeitos importantes no cenário da saúde e da assistência social, assumindo um lado produtivo, no sentido de gerar ações, como veremos nas análises dos demais documentos e nos relatos das entrevistas.

Aproveitamos para trazer novamente o quadro das participantes da nossa pesquisa, já que a análise do fenômeno em BH conterà dados dos documentos e também das entrevistas realizadas.

Quadro 3 – Caracterização das entrevistadas de Belo Horizonte/MG

|              | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Formação</b> | <b>Local de trabalho</b>    | <b>Tempo de trabalho na área</b> |
|--------------|-------------|--------------|-----------------|-----------------------------|----------------------------------|
| MG01 – Laura | F           | 35 anos      | Psicologia      | Hospital/Maternidade        | 9 anos                           |
| MG02 – Helen | F           | 29 anos      | Psicologia      | Hospital/Maternidade        | 6 anos                           |
| MG03 – Júlia | F           | 28 anos      | Psicologia      | Hospital/Maternidade        | 4 anos                           |
| MG04 – Tina  | F           | 30 anos      | Serviço Social  | Atenção Básica – Saúde      | 6 anos                           |
| MG05 – Gilda | F           | 55 anos      | Medicina        | Saúde – Gestão              | 29 anos                          |
| MG06 – Sara  | F           | 35 anos      | Direito         | Órgão do Sistema de Justiça | 7 anos                           |

É importante dizer como essas recomendações do MPE de 2014 e a portaria de 2016 do TJ-MG geraram impactos diretos no cotidiano de todas as profissionais que entrevistamos em BH.

LAURA, HELEN E JÚLIA, que têm ou tiveram hospitais e maternidades como local de trabalho, relataram a força de lei sem lei, nos termos de Agamben (2004), dessas recomendações e da portaria, permitindo-nos ver como isso caracterizaria o estado de exceção.

LAURA conta que, antes de sair as recomendações do MPE, conseguia trabalhar os casos de mulheres que usam SPA e/ou estão em situação de rua que chegavam na maternidade, de acordo com as peculiaridades que apresentavam e construindo intervenções singulares. Porém, depois das recomendações, seu trabalho foi diretamente afetado:

Aí foram saindo essas portarias, resoluções, recomendações, cada órgão dizendo uma coisa, mas nenhuma delas tira do Ministério Público a força de coerção inclusive individual porque o Ministério Público começou a notificar pra inquérito o profissional que conduziu o caso e não a instituição.

O relato acima indica como responsabilidades que deveriam ser compartilhadas e discutidas coletivamente, acabam sendo afuniladas no sujeito individual. Se a pessoa não cumpre tais recomendações que, teoricamente, têm um caráter orientador, ou seja, é desejável que sejam cumpridas, há a punição para o/a profissional. Vemos aqui o poder soberano, em pleno exercício, coagindo as pessoas e forçando a adoção de determinadas condutas por meio das normativas do MPE e do TJ-MG.

A mesma entrevistada descreve uma situação concreta que envolvia o conselho tutelar e as psicólogas do hospital/maternidade, detalhando a complexidade dos jogos de poder e as correlações de força que se fazem presentes:

Como eles [MPE] partiram pra essa notificação individual, então, por exemplo, no caso dessas psicólogas, o conselho tutelar havia sido notificado, só que ele não se colocou a trabalho e aí mais na frente, a criança... eu não sei se a criança morreu ou se ela teve uma lesão grave. Aí o Ministério Público, ao invés de imputar a responsabilidade ao conselho, porque ele foi notificado... Como o conselho, em Belo Horizonte, ele funciona como um órgão que está praticamente subalterno, não por vias legítimas, mas ele está subalterno ao que o Ministério Público manda, e não funcionando de forma autônoma e descentralizada, o Ministério meio que tem um pacto, então ele não apura a responsabilidade dentro do conselho tutelar. Ele apura na rede de saúde. E esse caso especificamente tinha sido notificado com laudo, com envio de laudo, com toda a discussão porque era um caso que precisava de um acompanhamento mais sistemático, mas o conselho tutelar não faz esse acompanhamento (LAURA).

Essa descrição feita indica as correlações de poder e as alianças que se estabelecem em torno do fenômeno que estamos pesquisando. Segundo a entrevistada, o conselho tutelar, que deveria atuar nos casos que envolvem famílias vulneráveis acaba não assumindo isso, funciona mais como aliado do MPE que, por sua vez, entende que a responsabilização desse tipo de problema é da saúde, especificamente do/a profissional que deixou de notificar o caso.

Já HELEN nos fala, principalmente, sobre os efeitos da portaria do TJ-MG no seu cotidiano profissional, e de como a equipe se organizou para lidar com essas orientações, com algum nível de questionamento e produzindo resistências:

A gente sempre foi os primeiros a falar assim “tá errado, vamos barrar isso [a portaria], tem que ter um manejo maior pra poder tomar essa decisão”. Então, a gente começou a se tornar, um pouco resistente a isso, só que isso gera muito conflito na equipe, né, só que é uma mudança de mentalidade porque aí com o tempo, a gente consegue discutir o caso com a enfermeira... e aí a gente foi construindo, eu lembro que isso foi uma construção, fomos um dos primeiros hospitais/maternidades a tomar a frente da discussão e falar “olha, não é bem assim que essa portaria vai funcionar”, a gente precisa

discutir com a rede, outras pessoas da rede precisam vir discutir com a gente porque não é justo a gente segurar essa demanda, segurar o rojão na hora que o bebê nasce. Isso tem que ser uma coisa desde o pré-natal, “ah, essa mãe não faz pré-natal”, então se essa mãe não faz pré-natal, tem uma falha da rede de assistência também que não conseguiu captar essa mulher lá no início, nem que seja abordagem de rua, qualquer tipo de serviço. Aí começou a discussão mais ampliada aqui na rede porque essa portaria veio e, a princípio, foi acatada, muito sem crítica pelos profissionais dos hospitais e maternidades e só nos estabelecimentos públicos... com mulheres brancas, nunca vai acontecer isso... [o acolhimento institucional de bebês] era uma prática que já acontecia, de certa forma, porque tava no ECA, tinha lá, né, uma cláusula do ECA que criança e adolescente não pode estar exposto à álcool e outras drogas, então baseado nessa cláusula que a coisa foi tomando, um pouco, corpo, do ponto de vista jurídico e as assistentes sociais começaram a fazer, sem crítica mesmo, uma coisa mais mecânica.

Podemos vislumbrar, no relato de HELEN, a dinamicidade das relações de poder, na medida em que os primeiros efeitos da portaria foram no sentido de acatá-la, demonstrando a força de lei sem lei de uma normativa que consegue mudar um determinado modo de trabalho que já estava instituído. Num segundo momento, focos de resistências são construídos, com o objetivo de questionar esse tipo de imposição, gerando conflitos entre os/as profissionais. O grupo percebe que essa questão não diz respeito apenas às maternidades e hospitais, exigindo uma discussão mais ampliada com outros atores e instituições que também acompanham essas mulheres.

Ao mesmo tempo, HELEN fala que o acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua já era uma prática que acontecia antes dessas normativas oficiais. Temos então um caráter de continuidade, na medida em que isso já era feito, mas sem regramento, ficando muito mais a critério do/a profissional de saúde que acompanhava o caso. Poderíamos inferir que antes dessas normativas do MPE e do TJ-MG, enquanto exceção, algumas mulheres provavelmente perderam seus filhos nesse contexto de uso de SPA e/ou situação de rua. Entendemos que tais casos caíram, inevitavelmente, na invisibilidade, pois não se discutia essa questão. Dentro da sua autonomia profissional, as/os assistentes sociais e psicólogos/as das maternidades e hospitais conduziam esses casos de acordo com seus conhecimentos. Com o advento das recomendações do MPE e da portaria do TJ-MG, esse cenário sofre mudanças importantes, dando-se visibilidade aquilo que não era visto cotidianamente.

JÚLIA relata a extensão dos efeitos repressivos do poder soberano no seu dia a dia de trabalho, dando-nos uma descrição detalhada de como essas normativas foram capazes de produzir verdadeiras batalhas individuais e institucionais:

A pressão foi tão grande que assim, eu e as assistentes sociais fomos intimadas a depor em inquérito civil do Ministério Público. Chegou a esse nível, de ser intimada pessoalmente, não o hospital/maternidade, eu com o número do meu CRP, fui intimada pra depor em inquérito civil de um caso que a gente atendeu, porque alguns casos tiveram algumas repercussões depois, então chegou nesse nível a pressão. E assim, o Ministério Público chamava pra reunião e, do outro lado, a Secretaria Municipal de Saúde chamava pra outras reuniões... tentando fazer uma resistência a essas recomendações, então era uma época assim, que a gente ficava mais em reunião do que trabalhando, tinha reunião no Ministério Público, tinha reunião na Secretaria Municipal de Saúde, tinha reunião na Defensoria Pública de Minas Gerais que também entrou na briga e aí tinha reunião dentro do hospital/maternidade pra tentar montar um protocolo e assim... um tanto de reunião que não encaminhava... [...], todo mundo compartilhando os casos, os documentos de como tava sendo aquela situação, mas assim, pouca coisa era encaminhada e, por outro lado, o Ministério Público com seu poder de atuação, fazendo inquérito civil, intimando profissionais de diferentes locais pra depor alguns casos, então assim, quem tava conseguindo ter uma ação mais efetiva era o Ministério Público.

Nessa batalha, apesar das resistências estabelecidas, na visão da JÚLIA, a soberania do MPE prevaleceu. Ela também conta como as mulheres atendidas foram afetadas por essas recomendações e as dificuldades que passou a ter no trabalho, a partir de então:

A gente sofria uma pressão das próprias mães e das próprias famílias. Como essa recomendação se tornou pública e essas conversas se espalham, as próprias mães se tornaram extremamente reativas a isso. E isso complicou muito o nosso trabalho, que antes eu conseguia, no atendimento com as mães, na maior parte das vezes, né, assim, com algumas tentativas, que elas me falassem muito abertamente sobre uso de droga que elas faziam, como é que era, em que quantidade, quanto que elas gastavam com drogas e assim, me permitiam fazer uma avaliação muito fiel de qual era o uso de drogas, porque elas falavam de uma forma muito aberta, elas entendiam que a equipe tava ali para ser parceira, que eu jamais usaria aquilo contra elas. E como essa notícia foi correndo e, de fato, vários profissionais estavam usando informações que as mulheres passavam pra usar contra elas, na medida em que elas perdiam o direito de ficar com os filhos, as mulheres pararam de conversar com a gente, né, você quebra o vínculo de confiança, assim, no hospital/maternidade, a gente tem muito pouco tempo pra poder criar um vínculo de confiança porque são poucos atendimentos, é um ambiente que é complicado, a pessoa nunca te viu na vida, você já vai querer que ela traga elementos muito íntimos, então assim, a gente já chegava no atendimento com uma resistência criada enorme, então assim a gente começou a perder a capacidade de acessar as pacientes, de conseguir, de fato, fazer uma avaliação mais precisa porque elas mentiam, elas escondiam (...) então casos das pacientes mentindo, de paciente querendo fugir do hospital pra não correr o risco de ter o caso encaminhado pro Ministério Público, de pacientes ameaçando, tanto eu quanto a assistente social, fazendo ameaças de que “ia ver a gente lá fora, de que a gente tava tomando filho dela”, fazendo assim, aquele barraco, de ter que chamar segurança no

hospital, entrar na sala e colocar o dedo na nossa cara, de família sendo extremamente hostil com a gente (JÚLIA).

Podemos reconhecer como essas normativas produziram conflitos em todas as esferas envolvidas com a temática. Ainda que já tenhamos trazido uma perspectiva mais ampliada de conflito, entendendo-o como oportunidade, vemos na fala de JÚLIA que praticamente todas as repercussões, geradas pelas recomendações do MPE, foram negativas. Do ponto de vista institucional, profissional/pessoal e junto ao público atendido, as consequências foram, para dizer o mínimo, desastrosas.

Embora na genealogia foucaultiana não haja, necessariamente, o olhar para a cronologia e a linearidade dos eventos, ponderamos que, no caso de Belo Horizonte, os posicionamentos institucionais do MPE-MG e do TJ-MG funcionaram como elementos chaves, no sentido de desencadear uma série de acontecimentos, tanto na perspectiva de produção de documentos como na produção de ações e articulações que evidenciam os jogos de poder e as correlações de força presentes na cena da capital mineira. Diante disso, construímos nossa análise de acordo com os principais episódios que se deram naquele ano, entendendo-os como cenas de um filme mais longo que ainda não chegou ao fim.

## 5.2 Cena I – 2014: Primeiras resistências frente à irrupção soberana

Inicialmente, identificamos que, logo após a publicização das recomendações do MPE, nos meses de junho e agosto de 2014, não houve nenhum acontecimento nem documento relacionado ao assunto nos meses subsequentes. As produções emergiram praticamente concentradas todas em dezembro, mês em que encontramos muitos textos institucionais tratando do tema, além de eventos voltados para o acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua.

Desse forma, logo no primeiro dia de dezembro, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) de BH se reuniu e discutiu os impactos das recomendações do MPE, dentre outras questões, conforme ata da sua 11ª sessão plenária (doc. 3). Chama a atenção que, na ocasião, a Promotoria da Infância e Juventude estava presente e seu representante solicitou que no caso do referido Conselho assinar um determinado manifesto, que fossem identificadas as pessoas que se posicionaram contra ou a favor das recomendações. Vemos, nesse momento, a tentativa de repreensão por parte de sujeitos e

instituições, que no seu exercício profissional, objetivaram conduzir as condutas de terceiros, via poder repressivo, de natureza soberana.

Localizamos o manifesto (doc. 4) que se posicionava contra a separação compulsória das mães e seus filhos que foi mencionado na 11ª sessão plenária do CMDCA. Trata-se de um documento com várias considerações iniciais que retratam o contexto de disputa de técnicas, saberes e relações de poder que se constituíram em torno do tema. Esse texto é assinado por 31 pessoas jurídicas e físicas e solicitam que os casos só sejam encaminhados ao MPE e ao Poder Judiciário depois de esgotadas todas as possibilidades de permanência do bebê com a família de origem ou extensa, conforme preconiza o ECA.

Esse manifesto também pede *“que se diferencie o uso abusivo e a dependência química de álcool e outras drogas, desvinculando da ligação causal estabelecida com negligência e maus-tratos”* (p. 6), evidenciando como a temática das drogas ainda é associada a negligência e maus-tratos. Podemos constatar, mais uma vez, como se faz imprescindível que questões técnicas envolvendo o uso de SPA sejam melhor apropriadas nas diferentes esferas da sociedade. Na presente pesquisa, reconhecemos que a assistência social, a saúde e a justiça têm dificuldades em tratar esse assunto, tendo em vista que o olhar, e consequentemente, o tratamento dessa questão acaba esbarrando em aspectos morais das pessoas que utilizam SPA, naturalizando aquilo que deve ter leituras e intervenções técnicas.

Diante das recomendações do MPE e das repercussões advindas dessas orientações, houve uma mobilização por parte da Câmara Técnica de Saneamento e Políticas Intersectoriais do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de BH que se reuniu e produziu um parecer contrário (doc. 5), em dezembro de 2014, afirmando em seu texto que tais recomendações: *“ferem princípios dos direitos humanos, conflituam com os princípios do Sistema Único de Saúde e poderão gerar conflitos e/ou violência dentro das unidades de saúde, caso as recomendações tenham que ser cumpridas”*. O grupo recomenda ainda que o plenário do CMS delibere uma manifestação desfavorável em relação a essas recomendações e envie cópia da resposta da assessoria jurídica da Secretaria Municipal de Saúde para as entidades representativas dos trabalhadores e igualmente para as unidades de saúde sobre como proceder nesses casos. Também solicita que o Conselho notifique o MS e demais órgãos correlatos sobre o assunto.

No dia 15/12/14, houve uma audiência pública na Câmara Municipal de Belo Horizonte para debater os impactos das recomendações do MPE. Na ata da referida reunião (doc. 6), Aline Paula Oliveira, uma mãe que perdeu seu filho ainda bebê na maternidade, em 2011, narra sua história com detalhes e conta que ele já foi adotado por outra família.

A genitora relatou seu histórico de adversidades quando seu bebê foi abrigado e contou ter outros dois filhos mais novos que estão sob seus cuidados. Ainda que seu caso tenha ocorrido anteriormente às recomendações do MPE de 2014, fica visível como, *a posteriori*, os prejuízos são imensos e irrecuperáveis, pois seu processo estava na segunda instância do TJ-MG na época da audiência. Entendemos que o caso da Aline se enquadra naquele contexto em que essa prática de separar mães e bebês era exceção e ela foi uma mulher que conseguiu não ficar na invisibilidade, pois tem publicizado seu caso amplamente em BH.

Deduzimos que não houve mudanças na situação da Aline, tendo em vista que, numa reportagem de 2017<sup>12</sup>, ela declarou que seu filho estava com seis anos e ela continuava afastada do seu primogênito. O acolhimento institucional do bebê da Aline ocorreu em 2011, num momento em que esses casos eram pontuais e esporádicos. Olhando para o presente, vemos como esse contexto mudou, havendo centenas de bebês sendo institucionalizados em BH anualmente, desde 2014, conforme os dados que demonstraremos na seção 5.6.

Ainda nessa audiência pública, a gerente de Proteção Especial da Secretaria Municipal de Assistência Social informou que houve um crescimento do número de bebês abrigados, de zero a um ano de idade e que isso já era visto mesmo antes das recomendações, especialmente nos últimos três anos. Relatou que a Secretaria dispõe de 707 vagas para crianças e adolescentes na capital mineira e, no ano de 2014, dos nove bebês acolhidos que foram liberados, oito seguiram para adoção e apenas um bebê foi reintegrado à família de origem.

Também no mesmo mês de dezembro de 2014, saiu uma recomendação conjunta (doc. 7) da Defensoria Pública do Estado e da União direcionada para várias instâncias, quais sejam: profissionais da saúde e suas respectivas instituições no âmbito de Belo Horizonte, poder público municipal, estadual e federal por meio dos seus respectivos setores responsáveis, conselhos tutelares e TJ-MG. Verificamos, nesse documento, que as principais orientações feitas para a saúde visam minimizar os danos causados pelas recomendações do MPE e assegurar os direitos dessas mulheres e seus filhos que estão sendo violados.

Resumidamente, a recomendação da Defensoria aponta para as seguintes orientações: não manter bebês saudáveis internados; encaminhar mulheres que querem entregar seus filhos para adoção para a assistência psicossocial antes de irem ao Poder Judiciário; situações de alta hospitalar de usuárias de SPA devem ser acompanhadas pelo conselho tutelar, com medidas de proteção e comunicação ao Judiciário se necessário; por fim, nos casos excepcionais,

---

<sup>12</sup> <https://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/>. Acesso em 26 ago 2017.

quando se confirmar a negligência ou os maus-tratos, cabe ao conselho tutelar comunicar o Poder Judiciário e também informar a Defensoria ou o advogado que representa a família, se houver.

Às demais instâncias, a recomendação conjunta da Defensoria retoma as principais normativas jurídicas que norteiam esse tema, mais especificamente a Constituição Federal de 1988 e o ECA, e destaca a necessidade de cumprimento dessas leis, assim como um maior investimento nas políticas públicas que envolvem infância, integração familiar e fortalecimento de vínculos.

Gostaríamos de destacar uma recomendação que consta nesse documento da Defensoria e que nos parece especialmente interessante, pois emerge como algo novo num cenário em que predomina mais do mesmo: a criação de serviços que acolham mães e seus bebês conjuntamente para diversos contextos de risco social (uso abusivo de SPA, violência doméstica, situação de rua, etc.). Trata-se de uma novidade, na medida em que observamos que essas entidades, geralmente, acolhem públicos específicos, separados por faixa etária e sexo, não havendo espaços que recebam mulheres e seus filhos. A única exceção que conhecemos, nesse formato, diz respeito às casas com endereços sigilosos para mulheres que sofrem violência de seus companheiros, conforme previsto pela Lei Maria da Penha de 2006.

Mesmo assim, de acordo com o IBGE (2013), somente 2,5% dos municípios brasileiros possuem casas nessa modalidade para mulheres vítimas de violência<sup>13</sup>, confirmando a morosidade estatal em consolidar as leis em políticas públicas consistentes. Ao mesmo tempo, compreendemos que mulheres com histórico de violência doméstica possuem contextos de vida bastante distintos de mulheres que usam SPA e/ou estão em situação de rua, ainda que sejam violações que possam se sobrepôr. Dessa maneira, compreendemos que essas demandas específicas exigem dispositivos institucionais diferentes, de acordo com as condições de vulnerabilidade. De todo modo, ponderamos que a criação de espaços para receber mulheres com seus bebês constitui-se como uma estratégia que possibilita um cuidado e uma atenção à saúde sem violar direitos.

É também do mês de dezembro de 2014 um extenso ofício (doc. 8) que a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) enviou ao MPE tratando das recomendações, as impossibilidades de cumpri-las e apresentando, de modo pormenorizado, o fluxo de atendimento que já está estabelecido na atenção básica de saúde do município de BH para mulheres que usam SPA e estão grávidas. Esse documento é interessante, pois detalha e

<sup>13</sup>

<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/cidades/ibge-975-das-cidades-nao-tem-casas-abrigo-para-mulheres,51927ea7920b5410VgnVCM4000009bcceb0aRCRD.html>. Acesso em 7 set 2018.

aprofunda o que tem sido os desdobramentos imediatos das referidas recomendações: as mulheres estão indo parir em outras localidades; estão parindo em casa, muitas vezes, em situações bastante adversas, podendo gerar complicações posteriores com exigências de internações hospitalares; e, finalmente, prejuízos no aleitamento materno, proveniente dessa separação entre mães e seus bebês.

Esse ofício (doc. 8) também afirma que os direitos dessas crianças estão sendo violados, na medida em que a premissa colocada pelo ECA é a proteção familiar e comunitária, sendo o afastamento desse núcleo, medida excepcional. Assevera que o uso de SPA não está necessariamente associado a negligência e maus-tratos, enfatizando que a avaliação clínica dessas mulheres deve ser individualizada e soberana, na definição da abordagem e dos encaminhamentos a serem feitos.

Ao final, esse ofício da SMSA traz artigos do código de ética da Medicina, da Psicologia e do Serviço Social, dando destaque ao sigilo profissional necessário no atendimento de qualquer pessoa, impedindo, portanto, que informações obtidas sobre essas mulheres sejam divulgadas para terceiros. Nesse sentido, atender ao conteúdo das recomendações incorreria em violação do código de ética dessas profissões. O Estatuto do Servidor do Estado de Minas Gerais é igualmente mencionado para corroborar a impossibilidade de repassar informações das pessoas atendidas para terceiros. Para concluir, o referido documento ressalta que as recomendações do MPE têm um caráter extrajudicial, não configurando-se como obrigatório seu cumprimento pelos agentes a que se destinam.

Verificamos que, também no mês de dezembro de 2014, o acolhimento de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, ganha espaço nos jornais locais, especialmente o “Estado de Minas” e “O Tempo”. A tônica das notícias jornalísticas enfatiza as recomendações do MPE de acolher os bebês de mães que usam *crack*, estão em situação de rua e em condições de extrema vulnerabilidade. Não podemos deixar de mencionar como todos esses textos da imprensa escrita focaram exclusivamente o *crack*, como se fosse a única droga existente, não admitindo a diversidade de SPA e os diferentes usos que podem ser feitos dessas drogas<sup>14</sup>.

Ao mesmo tempo, algumas matérias também trazem as críticas tecidas por outras entidades governamentais e não governamentais da área da infância e de defesa dos direitos das mulheres em relação às recomendações do MPE. Conseguimos identificar alguns grupos e instituições que se posicionaram, nesses textos, contrariamente às orientações do Ministério

---

<sup>14</sup> [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna\\_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml). Acesso em 7 set 2018.

Público, listando-os a seguir: Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual da Mulher, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), ONG Rede Feminista, Prefeitura de Belo Horizonte e Sindicato dos Psicólogos do Estado de Minas Gerais<sup>15</sup>.

Nesse período, também houve a vinda de uma equipe de Brasília com representantes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dos Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Justiça para se reunir com membros das Secretarias de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social e Municipal de Políticas Sociais. A pauta era discutir os fluxos e estratégias de atendimento médico e socioassistencial de mulheres com histórico de uso de SPA e o cuidado dos seus filhos, evento este que pode ter sido motivador desse tema ter ganhado força na imprensa local de BH.

Podemos vislumbrar como o ano de 2014, em BH, parece configurar-se como um momento de reação, principalmente da rede de saúde, conselhos de direitos, órgãos de representação de classe e movimentos sociais da área da infância, da assistência social e das mulheres, frente às recomendações instituindo o acolhimento compulsório de bebês. Diante de uma irrupção soberana por parte do MPE, compreendemos que essa primeira cena mostra a emergência dos primeiros movimentos de resistência para enfrentar essas determinações mascaradas de recomendações.

### 5.3 Cena II - 2015: “A Filomena brasileira é preta e pobre”

O ano de 2015, em BH, iniciou com várias movimentações em relação ao tema, sendo a resolução do CMS (doc. 9) o assunto principal de diversas notícias na imprensa local. Nesse documento, o Conselho resolve que a SMSA não deve atender as recomendações do MPE e solicita a ampla divulgação do fluxo de atendimento que já existe para todos os serviços públicos, privados e filantrópicos que trabalham com mulheres em situação de vulnerabilidade, visando fortalecer a rede de atendimento.

Houve uma audiência pública no dia 27/01/15 na Assembleia Legislativa de Minas Gerais e, de acordo com as notas taquigráficas (doc. 10), pudemos vislumbrar os discursos, os argumentos, as práticas e compreensões que vários atores locais estão tendo sobre o assunto. O deputado João Leite conta que, em 2014, passou por uma situação familiar com primos distantes que moram no interior do Estado, que por serem usuários de SPA, perderam a

---

<sup>15</sup> [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/02/interna\\_gerais,595462/separacao-de-maes-e-filhos-e-criticada.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/02/interna_gerais,595462/separacao-de-maes-e-filhos-e-criticada.shtml). Acesso em 19 jun 2016.

guarda de duas crianças. Elas foram acolhidas e tiveram as visitas dos pais proibidas. O próprio deputado disse ter tentado dialogar com a Promotoria da Infância, mas escutou que *“deveria conversar apenas por intermédio dos autos, como se uma criança fosse apenas um auto ou como se uma relação familiar tão profunda quanto a minha pudesse ser tratada apenas por autos ou papeis”* (p. 4). Termina relatando que se sua prima não tivesse recorrido a ele, enquanto parlamentar, e se não tivessem buscado advogados, essas crianças teriam ido para adoção.

Uma representante da ONG Parto do Princípio, Gabriella Sallit, relata as “consequências funestas” que as recomendações do MPE estão gerando em Belo Horizonte e especifica que não são todas as mulheres afetadas por essas orientações:

Agora decidimos que as usuárias de drogas não podem ter seus filhos, mas não são todas as usuárias drogas, apenas aquelas que se submetem ao sistema público de saúde. Ainda que os hospitais privados tenham recebido as mesmas recomendações, não vemos nenhum dos agentes que trabalham nos hospitais particulares, desta cidade, notificando a promotoria, informando que naquele hospital se internou uma mãe viciada em Rivotril, ou que, naquele hospital, encontra-se uma família cujos pais são dependentes de álcool. Isso não acontece. Recebemos notificações dos centros de saúde, e isso é algo que ofende não só o direito dessas mães e desses bebês, mas nos envergonha por essa diferenciação que está cada vez mais clara. Estamos vitimando os pobres, as negras, as pessoas que não tem quem olhe por elas. Isso é algo que nos traumatiza. A Filomena é preta e pobre (p. 8).

Essa fala evidencia a seletividade do público atingido pelas recomendações e como esse direcionamento específico não é problematizado pelo MPE. De um lado, os/as profissionais são chamados individualmente para prestar esclarecimentos a respeito de casos que não notificaram, mas, de outro lado, não há nenhum relato de que as maternidades e hospitais particulares tenham sido convocadas a explicar os motivos de, curiosamente, não terem notificado nenhum caso de gestante ou mãe que use SPA nos seus estabelecimentos.

Uma defensora pública, Laurelle Carvalho de Araújo, presente nessa audiência pública, relata que o abrigamento, enquanto medida de proteção, é a última alternativa, de acordo com o ECA, apesar de estar sendo usada como a primeira. Ela conta como tem sido seu trabalho nesses casos:

Praticamente há abrigamento em todos os casos notificados pelas maternidades ao Judiciário. Trabalhei num processo recentemente em que um casal de primos ficaria com uma criança enquanto a mãe estivesse em tratamento. O Ministério Público emitiu um parecer para que a criança fosse encaminhada aos primos. Caso eles não a quisessem, a criança iria para

abrigamento. A decisão liminar ignorou o parecer do Ministério Público. Então o recém-nascido foi para abrigamento. (...) Muitas vezes a família da criança não é orientada devidamente, porque não procurou um advogado ou um defensor público. Então não tem conhecimento da necessidade de participar dos programas a que é orientada a participar. Assim, após seis meses, a criança é entregue à família substituta. A maior parte das crianças - 80% - vai para adoção. A partir do momento em que uma criança vai para adoção, os defensores públicos recorrem, mas o tribunal diz que o processo está consolidado, que não existe vínculo afetivo entre a criança e a família. Sendo assim, é melhor ficar na família adotiva que voltar para a família biológica (p. 16).

O caso mencionado pela defensora pública indica a complexidade de fatores presentes na prática do acolhimento. Ainda que, em algumas poucas situações, o Ministério Público sinalize pelo encaminhamento para a família extensa, conforme prevê o ECA, a decisão cabe ao Poder Judiciário que pode determinar o acolhimento institucional, mesmo havendo membros da família biológica disponíveis para ficar com as crianças. Nessa relato, também vemos o exercício do poder soberano pelo Poder Judiciário, podendo haver divergências junto ao MPE em relação a alguns casos, entretanto, a estreita aliança entre eles no governo das condutas é visível, especialmente no modo como atuam e as estratégias que adotam.

Um aspecto que também deve ser ressaltado, a partir da fala dessa defensora, refere-se a como as dificuldades se agravam quando o bebê é abrigado. As repercussões pós-acolhimento praticamente impedem que a família consiga reaver a criança. Isso porque dificilmente a família consegue orientações jurídicas em tempo hábil, sendo prejudicada em relação à defesa e aos vínculos afetivos que se fragilizam pela falta de convivência familiar, sem contar a restrição de visitas imposta pela maior parte dos serviços de acolhimento.

Outra defensora pública, Carolina Godoy Leite Villaça, reflete sobre como essas recomendações estariam distorcendo a ideia de proteção:

A recomendação do Ministério Público traz uma medida de segregação, que é odiosa em muitos casos, não alisa nenhuma circunstância da situação de determinada criança e de sua mãe, partindo do pressuposto de que a proteção dos direitos da criança estaria em ela ser segregada da mãe e colocada em abrigo, sem se importar com o estado psicológico e a capacidade que a mãe tem de receber a criança. O simples fato de ela ter usado drogas não significa que ela seja inapta ou inimputável. O mais grave é que a maioria dessas mulheres tem famílias extensas, com condições de receber a criança, mas são privadas do direito de cuidar delas (p. 20-21).

A partir da fala acima, podemos problematizar o que está sendo considerado proteção da criança para o MPE. A decisão de separar bebês e recém-nascidos de suas famílias de

origem e colocá-los em acolhimento institucional está significando apenas uma suposta proteção de algo que não aconteceu. Ou seja, não se trata de proteção, já que não houve negligência ou maus-tratos, mas sim de uma tripla violação: para o bebê, para a mãe e também para a família extensa que está sendo impedida de ficar com esse bebê.

A representante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Márcia Rocha Parizzi, descreve como estão se dando essas violações e a falta de diálogo com o MPE sobre o acompanhamento dessas mulheres:

Elas estão sendo acompanhadas pela rede psicossocial, com assistência social, mas, a despeito dessa mulher ter um plano terapêutico singular e passar isso por meio de relatório para as maternidades e para a promotoria, a rede não está sendo escutada. É como se essa mulher não estivesse em tratamento, como se não estivesse em acompanhamento. Mesmo com o acompanhamento, a criança é abrigada e as mulheres estão perdendo esse direito, mesmo que a família queira ficar com o bebê (...). Muito nos preocupou um fato relatado pela promotoria de que, numa família extensa, o fato de ter uma filha usuária de drogas significa que ela não presta para educar outra criança. Então essa foi a concepção colocada nessa reunião que muito nos preocupou (...). As mulheres estão entrando em pânico e indo ganhar o bebê em outras cidades. Elas estão procurando parteiras, recusando-se a ir para a maternidade, correndo o risco de ganhar o bebê sozinha. Muitas já retiram o bebê da maternidade dentro de uma sacola, entregam para parentes tirá-lo da maternidade. Então, não está sendo dado o direito de dignidade humana a essas mulheres. Os bebês não estão tendo a chance de ficar com sua mãe (p. 23-24).

Podemos perceber, na fala acima, como questões morais se sobrepõem na análise dos casos, de modo determinista e determinante. Em outras palavras, se a mãe é usuária de SPA, certamente a avó do bebê também é incapaz de cuidar dessa criança, pois criou uma filha que se tornou dependente química. Vemos como a moralidade se torna um obstáculo, nos termos de Nietzsche (1887/2004), já que impede uma avaliação técnica dessa família. A desobediência aos costumes de nossa época, ou seja, usar SPA é suficiente para que a mãe e seus familiares sejam previamente julgados e condenados incapazes. Se considerarmos as relações de gênero e o fato de que a maioria das tarefas de cuidados estão direcionadas para as mulheres, identificamos como a culpabilização vai incidir na mãe e na avó do bebê, já que os homens raramente fazem parte desse roteiro.

Os representantes das instituições presentes, nessa audiência pública, lamentaram a ausência do MPE que foi convidado a participar desse momento, no entanto, não compareceu. A representante do CMDCA lembrou, inclusive, o que já foi mencionado anteriormente, sobre o pedido da Promotoria de acessar as pessoas e instituições que estavam assinando o

manifesto contra as recomendações, numa clara tentativa de cerceamento, durante uma reunião do Conselho em dezembro de 2014.

O presidente da mesa, deputado João Leite, descreveu todos os ritos necessários junto às Comissões da Assembleia Legislativa para que uma recomendação consiga ser aprovada para posteriormente ser sancionada ou vetada pelo Governador. Sobre isso, acrescenta: *“Aí vem um promotor, faz uma recomendação e ela vira lei só com uma canetada. Isso é o que eu chamo de furar a fila da democracia”* (p. 32). Um outro deputado estadual presente definiu como *“uma recomendação solitária feita dentro de uma gabinete confortável”* (p. 49), ignorando todo o processo legislativo para que um texto vire lei.

A representante da Rede Feminista, Neusa Cardoso de Melo, é ainda mais assertiva na sua crítica ao MPE:

Que poder é esse que toma uma medida tão arbitrária, absoluta, sem abrir espaço de conversa para ninguém? Em todas as reuniões que fizemos, na Câmara, no nosso Conselho, no Conselho de Saúde, eles foram chamados, mas não compareceram. Por quê? Veio uma equipe de Brasília do MS, do MDS para discutir conosco, mas eles não vieram. Essa equipe foi ao MPE fazer-lhes uma visita, para abrir o diálogo, mas eles não a receberam. Fico muito triste porque o MPE sempre foi um aliado dos movimentos sociais nas lutas pela garantia de direitos. Disse isto na Câmara e repito aqui: esse episódio com a Promotoria da Criança e do Adolescente cria uma mancha não apenas na promotoria, mas também no MPE de Minas Gerais, que permite uma situação como essa, uma violação de direitos como essa. Um órgão que existe para garantir a lei e o direito das pessoas não pode ser um violador, e o MPE hoje – não digo apenas a Promotoria da Criança e do Adolescente, já que todo o resto se omite em relação a isso – está violando o direito de mulheres, crianças, de famílias dessa cidade – e não sabemos quanto a outros municípios do Estado (p. 34).

Essa análise traz à tona a questão da responsabilidade institucional, pois sabemos que a autoria das recomendações foi da Promotoria da Infância e Juventude de BH, mais especificamente de três promotores/as que assinaram tais documentos. No entanto, na medida em que o MPE não se pronuncia sobre isso, ele permite a produção dessas normativas e, não se manifestando nem diante das diversas críticas, concorda com as mesmas. Nesse sentido, por mais que hajam pessoas concretizando tais ações, entendemos, de acordo com a perspectiva foucaultiana, que se trata de jogos de verdade de caráter institucional. A fala e a ação desses sujeitos deve ser considerada enquanto representantes de uma determinada instituição e o lugar que ocupam nessa conjuntura mais ampla. Nessa lógica, chama a atenção como o MPE, enquanto órgão que existe para garantir a lei, seja o responsável por ignorá-la.

Gabriella Sallit, da ONG Parto do Princípio, retoma a fala para evidenciar os malefícios dessa separação entre mães e bebês, especialmente para os bebês:

Ainda que exista uma discussão sobre conflitos entre interesses de mães e filhos, não podemos perder de vista que os direitos desses bebês estão sendo violados. Não existe bebê sendo salvo (...). Essas crianças estão ficando em UTI's porque não existe mais berçário. Elas ficam meses na UTI com risco de doença e com um problema mais grave que é a absoluta falta de vínculo. Bebês e mães estão em fusão, são a mesma coisa nos primeiros meses. Você tem uma violação seríssima porque esses bebês não estão sendo amamentados, acalentados nem amados (...). Cada vez mais, os estudos científicos provam que isso terá consequências diretas na saúde do bebê em toda sua vida. Não só a saúde física, também a saúde mental. Não estamos defendendo os drogados, dependentes químicos. Isso é fácil de ser deturpado na sociedade. Como se estivéssemos defendendo os direitos das mães drogadas contra os bebezinhos. Os bebezinhos inocentes são as maiores vítimas desse tipo de conduta. Ainda que fique essa recomendação, com a conduta da promotoria e da Vara de Infância referendada pelo Tribunal, continuarão entrando em desacerto com toda a rede de atendimento (p. 55-56).

O documento seguinte que foi analisado, de fevereiro de 2015, foi a deliberação 111 do CMDCA (doc. 11) que retoma e ratifica as normativas da saúde e da infância, deliberando, ao final, diretrizes e orientações. Podemos observar um tom mais diplomático nesse texto, tendo em vista o objetivo de estabelecer *“um amplo diálogo”* com todos os órgãos e instituições da assistência social, da justiça e da saúde para construir um *“fluxo ideal para atendimento”* (p. 1) dessas mães e seus bebês.

No que tange à imprensa escrita local, as notícias retratam o que as instituições têm discutido sobre o assunto nesse período. É interessante mencionar uma matéria do jornal “Estado de Minas”, do dia 22/01/15, em que há o posicionamento do juiz da Vara de Infância e Juventude de Belo Horizonte num contexto em que nenhum representante do Poder Judiciário tem se manifestado sobre o tema.

Intitulada *“Juiz da Infância de BH critica Conselho de Saúde por não avisar nascimento de filhos do crack”*, Marcos Padula, juiz responsável pelos casos de acolhimento de bebês, teria dito ao jornalista: *“Nós apenas cumprimos o Estatuto da Criança e do Adolescente. A prioridade absoluta é a criança, não a mãe dependente química”*<sup>16</sup>. A notícia fornece alguns dados sobre os números de bebês acolhidos, questão que será melhor explicada posteriormente, e expõe a crítica do magistrado sobre a decisão do CMS. De acordo com o

<sup>16</sup> Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/01/22/interna\\_gerais,610384/a-prioridade-e-a-crianca.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/01/22/interna_gerais,610384/a-prioridade-e-a-crianca.shtml). Acesso em 13 set 2018.

juiz, a mãe é ouvida, em audiência, por ele e pelo/a promotor/a e, muitas vezes, concorda em entregar o/a filho/a para adoção.

Ainda, no mesmo texto jornalístico, o magistrado teria acrescentado: *“Damos todas as chances para a mãe e o pai se recuperarem das drogas, com a inscrição em programas de tratamento, em programas de moradia e terapia. Só falta nossa equipe trazer a mãe no colo para depor, porque muitas vezes elas estão sem endereço fixo, embaixo dos viadutos”*<sup>17</sup>. Sem entrar no mérito de como os meios de comunicação podem alterar o conteúdo original da fala das pessoas entrevistadas, importa constatar o grau de simplicidade de como a questão é abordada pelo juiz e a generalização dos casos, como se todas as mulheres se recusassem a depor e morassem embaixo de viadutos. Os documentos e as entrevistas que realizamos apontam para o acolhimento imediato, direto das maternidades e hospitais, sem nenhuma audiência. O único ponto de convergência do magistrado com as demais instituições que têm questionado essa prática diz respeito ao fato dele concordar com a criação de uma instituição que acolha mães e bebês conjuntamente, segundo a matéria.

As notícias na imprensa escrita local ficam mais escassas até que outro evento sobre esse assunto ocorresse, pautando novas matérias. Trata-se de uma segunda audiência pública na Assembleia Legislativa que aconteceu em maio de 2015.

O primeiro aspecto que chama a atenção, nas notas taquigráficas do evento (doc. 12), se refere ao objetivo da citada audiência que descreve como principal finalidade *“debater a recomendação do Ministério Público sobre a adoção de filhos de mulheres usuárias de crack e outras drogas”* (p. 2). A forma como o tema foi apropriado pelos envolvidos expõe como a questão da “adoção” adentra nesse debate, de modo abrupto, já que as recomendações não tratam disso, ainda que muitos dos casos possam resvalar em adoções bastante ágeis. Outro elemento que consta na finalidade dessa audiência pública é a redução do fenômeno às mulheres usuárias de *crack* e outras drogas. Coloca-se o *crack* como central e, de maneira secundária, todas as demais SPA. Isso porque quando se discute essa política específica de saúde, a expressão é “álcool e outras drogas”, diferenciando-as pela questão da licitude ou não.

A deputada, e responsável por presidir essa audiência pública, Ione Pinheiro afirmou: *“Ficamos tristes porque é uma recomendação que infelizmente tem força de lei”* (p. 5). Podemos perceber como a compreensão a respeito do caráter dessas recomendações do MPE

---

<sup>17</sup> Ibidem.

é polissêmico, havendo atores que entendem como orientações desejáveis enquanto outros assumem esses documentos como normativas que devem ser cumpridas.

A defensora pública, Laurelle Carvalho de Araújo, aponta para a necessidade de distinção entre usuário de drogas e dependente químico, ressaltando suas diferenças e advertindo que mulheres que usam drogas estão perdendo seus filhos nas maternidades. Reconhecemos que esse é um aspecto técnico, da área da saúde, de alta relevância que não foi problematizado nas audiências públicas anteriores e emergiu nessa ocasião. A discussão sobre o tema parece ter permitido que essa diversidade existente no campo do álcool e outras drogas tenha ficado em evidência. Nos parece de suma importância que essas diferenciações sejam entendidas pelos diferentes atores e instituições, possibilitando leituras mais sensíveis e mais adequadas das situações apresentadas pelas mulheres que usam SPA. Laurelle acrescenta que as mães não estão sendo encaminhadas para tratamento pelo Poder Judiciário e nem está havendo acompanhamento dos casos por parte dos conselhos tutelares, como deveria.

Mais uma vez, o MPE, apesar de convidado, não compareceu a essa segunda audiência pública na Assembleia Legislativa e isso é lamentado pelos presentes.

Já Márcia Rocha Parizzi, da Secretaria Municipal de Saúde, traz outro ponto que também não havia sido problematizado na primeira audiência: o fato dessas recomendações do MPE retirarem dos profissionais de saúde a possibilidade de construir vínculos com as mulheres e oferecer tratamento. Isso porque se as pacientes sabem que serão delatadas, esse vínculo de confiança não se constitui. Márcia também coloca que estava sendo construída uma casa, em Belo Horizonte, para acolher mães e bebês conjuntamente, no entanto, a Promotoria da Infância e Juventude teria alegado que as mulheres não poderiam ficar no mesmo ambiente que os bebês, podendo apenas visitá-los. Percebemos que as poucas iniciativas de dar andamento a essa problemática são questionadas pelo MPE, que, por sua vez, acaba impedindo novas tratativas da questão.

A defensora Júnia Ramon Carvalho retoma a questão da seletividade do público alvo das recomendações e traz questões morais subjacentes ao fenômeno:

Há um entendimento do Ministério Público e da Vara da Infância e da Juventude que é preconceituoso. A notícia que temos é que essas recomendações não foram encaminhadas a hospitais e clínicas particulares, aos médicos que fazem pré-natal. Essas recomendações tiveram endereço certo, e isso é inaceitável, inadmissível. O que estamos dizendo aqui é muito mais do que uma criminalização do uso da droga, é uma criminalização da pobreza (...) Há uma visão de que a família extensa que produziu aquela usuária de droga vai produzir outro usuárizinho de droga. É uma outra visão também não escrita. As entrelinhas me preocupam muito mais que

aquilo que está nas linhas. Estas pelo menos conseguimos combater, e o que está nas entrelinhas fica mais difícil de ser enfrentado. Então há uma outra questão. A família extensa de classe média dá conta? (p. 33-34).

A pergunta feita pela defensora gera reflexões de cunho moral, tendo em vista que a classe média não está sofrendo essas violações. Apenas as classes baixas estão sendo penalizadas, havendo, assim, uma criminalização da pobreza. Nesse sentido, constatamos como a falta de recursos materiais continua sendo motivo de separação familiar e abrigamento de crianças, por mais que o ECA não possua tal previsão, conforme pontuou Nascimento (2012).

Júnia relata ainda ter tomado conhecimento da existência de um ofício do MPE que teria sido encaminhado para as maternidades e hospitais de BH com o seguinte teor:

A comunicação dizia assim: estamos observando que tem reduzido o número de abrigamento e que, se houver qualquer questão de mães que sejam liberadas com seus filhos e houver alguma consequência disso, o hospital responderá por isso. É uma intimidação. O ofício é intimidatório, exigindo o cumprimento das recomendações. Esse ofício vem exatamente em novembro [de 2014], que é uma época em que estávamos nos mobilizando, quando começamos a nos reunir, o grupo de trabalho, o conselho da mulher e um monte de outras entidades (p. 37).

Diante de um movimento de resistência por parte das instituições contrárias às recomendações, o MPE acirra a batalha e continua a exercer seu poder soberano, pressionando para que as notificações se mantenham.

Nessa audiência, também é relatado pelos presentes o caso de um bebê abrigado que veio à óbito porque teria sufocado com leite. A família estava tentando visitá-lo, mas foi impedida pelo serviço de acolhimento. Sobre isso, a defensora pública Júnia afirma:

Quando o Estado chama para si a responsabilidade e diz que essa família não dá conta e a toma, ele é duas, infinitas vezes mais responsável, pois diz que a família não deu conta, mas ele também não deu. Essa criança morreu dentro de um abrigo, um absurdo completo (...) Se bobear, o Ministério Público ainda vai contra esse enfermeira ou cuidadora que estava no dia. Então, temos de novo a corda arrebentando pelo lado mais fraco. Não vai haver nenhuma consequência pelo Ministério Público desse bebê. Isso é algo que precisamos pensar, e precisamos pensar muito (p. 36).

Mais reflexões são provocadas a partir do relato acima, com o óbito de um bebê que estava sob os cuidados do Estado. Como apurar responsabilidades num caso como esse? Sem

contar que, sendo uma família pobre, as chances de reparação e/ou indenização por parte do Estado diminuem significativamente.

O documento seguinte analisado foi a ata de mais uma audiência pública (doc. 13) que aconteceu em agosto de 2015 na Câmara Municipal de BH. O foco da discussão foi a assistência obstétrica e neonatal para mulheres dependentes químicas da rede pública e privada da capital mineira. Podemos constatar que, nessa reunião, a ênfase se deu no campo da saúde, pois o vereador Dr. Nilton César Rodrigues, e também presidente da mesa, relatou ter convidado todas as maternidades de BH. Acrescentou que o pedido para essa audiência pública veio de usuários do serviço público de saúde, trabalhadores e diretores de hospitais que lidam com esse público.

O vereador abriu o debate dizendo que as gestantes dependentes químicas se dividem em dois grupos, quais sejam: as mulheres que têm família e poderão ter apoio familiar e as *“que são moradoras de rua, vivem sem estrutura familiar de apoio e conforto e se mostram resistentes em procurar a maternidade pública em face das implicações legais que o uso de drogas pode lhes causar”* (p. 2). Torna-se evidente o viés binário e reducionista presente nesse discurso, na medida em que ele polariza a questão, dividindo as mulheres em somente dois subgrupos, como se fosse possível enquadrar as configurações familiares contemporâneas em dois únicos tipos. Ao mesmo tempo, essa fala evidencia uma análise moralista e maniqueísta da situação, pois, de um lado, existem as mulheres com família e que, portanto, seriam “boas” já que não exigem demandas; por outro lado, há as mulheres “más”, “moradoras de rua”, sem “estrutura familiar” e “resistentes” aos serviços de saúde.

De um modo geral, a discussão se deu em torno dos relatos das profissionais de saúde que estão nas maternidades e as dificuldades advindas com as recomendações do MPE, já mencionadas antes. Houve o entendimento de que se faz necessária a criação de um serviço que acolha essas mães com seus bebês conjuntamente, já que os hospitais não são espaços adequados para isso. Alguns representantes apontaram avanços após as recomendações do MPE na medida em que exigiram uma ação mais conjunta dos profissionais. Também foi colocado que não cabe deixar essa decisão – de separar ou não mães e bebês – para as funcionárias das maternidades, sendo importante que essa responsabilidade seja ampliada para as equipes multidisciplinares.

Uma assistente social desabafou que suas colegas de profissão são vistas como deladoras pelas mães e que elas torcem para que os médicos decidam pela internação do bebê porque faz com que se tenha mais tempo para decidir. Esses relatos dos cotidianos vivenciados nas maternidades e hospitais públicos de BH dizem dos efeitos do MPE na vida

dessas profissionais que estão na ponta, no atendimento das gestantes e mães. Muitas vezes, se exige que sejam decisões solitárias e rápidas, sem o devido respaldo institucional. Enquanto categoria profissional, nessa segunda cena, de 2015, tampouco há qualquer discussão sobre o assunto nos Conselhos Regionais de Psicologia e Serviço Social. Essa questão vai emergir posteriormente quando esse tipo de prática ganhar visibilidade.

Para concluir a análise do ano de 2015, identificamos a Nota Técnica do Ministério da Saúde (doc. 14) que realizou uma visita *in loco* na cidade de Belo Horizonte, em dezembro de 2014, para averiguar o que estava ocorrendo. Trata-se de um texto que levanta várias questões para, ao final, apresentar diretrizes e um fluxograma de atenção a saúde para mulheres em situação de rua e/ou usuárias de SPA e seus filhos. Resgata o contexto no qual alguns órgãos da Justiça estariam recomendando a comunicação imediata ao Poder Judiciário desses casos, ainda que também se esteja verificando esse tipo de prática em localidades onde não há nenhum tipo de recomendação oficial.

Sobre o caráter dessas recomendações, a Nota Técnica afirma que se trata de um documento opinativo “*que não possui poder coercitivo ao poder público, sendo desse modo, de cumprimento espontâneo, porém incentivado*” (p. 2).

O documento resgata os grupos populacionais que geralmente têm os direitos sexuais e reprodutivos cerceados, especialmente, as pessoas com deficiência, privadas de liberdade, em situação de rua, adolescentes e pessoas com orientações sexuais não heterossexuais e reafirma a importância de que os direitos desses grupos sejam reconhecidos com políticas específicas e garantidos pelo Estado.

Sobre a situação específica das gestantes ou nutrizes, a Nota Técnica afirma que não cabe “*a relativização ou flexibilização dos direitos, inclusive de autonomia e liberdade, tampouco gera o direito de o Estado intervir no processo de cuidado intrafamiliar*” (p. 5). E fundamenta que:

A vulnerabilidade social de tais populações não pode ser utilizada como condicionante para a manutenção ou eliminação de direitos fundamentais. Assim, a não submissão de mulheres que exercem o direito de escolher fazer uso de álcool e outras drogas aos cuidados em saúde e às intervenções judiciais, ainda que gestantes ou nutrizes, não podem interferir no seu direito de permanecer ou não com seus/suas filhos/as, assim como no acesso aos serviços de saúde com qualidade. Portanto, esses **direitos de liberdade e à saúde não concorrem entre si**, e constitui violação aos direitos humanos recomendar que o acesso à saúde e a garantia de convivência familiar serão assegurados somente mediante a forçada escolha de não estar mais nas ruas e/ou em uso de drogas (grifo do autor, p. 6).

Essa Nota Técnica do MS é finalizada informando que o seu objetivo principal é o fortalecimento da atenção e a oferta de alternativas de promoção e defesa dos direitos das mulheres, crianças e suas famílias, em consonância com os parâmetros legais vigentes. Em anexo a esse documento, tem uma descrição mais detalhada do fluxo de atendimento durante a gravidez, no pré-natal, no nascimento do bebê, na atenção à saúde ao recém-nascido e das mulheres.

Podemos perceber como, nessa segunda cena, houve uma compilação de questionamentos e denúncias de problemas envolvendo as recomendações do MPE, em função do que tem acarretado essa prática de separar mães e bebês nas maternidades e hospitais.

Resumidamente em relação às mulheres gestantes, mães e seus bebês, identificamos: a seletividade do público que tem sido alvo dessas recomendações; a falta de uma análise pormenorizada dos casos; o pouco tempo disponível para acessar essas mães e suas famílias; a ausência de orientação jurídica; a não realização de audiências dos casos; a medida de acolhimento institucional ser exceção e estar sendo a regra; após o acolhimento, as dificuldades impostas para a visitação; a institucionalização desnecessária de bebês; a separação abrupta desses bebês das suas mães; os prejuízos no aleitamento materno e na consolidação dos vínculos afetivos familiares.

Já no que diz respeito às maternidades e hospitais: as dificuldades na formação de vínculo de confiança entre profissionais e mães; o abandono do pré-natal; a não procura das instituições de saúde para parir; tentativas de ter o filho em casa, sem os cuidados necessários; a centralização das decisões sobre os casos nas mãos das assistentes sociais e psicólogas dos estabelecimentos; a internação de bebês saudáveis em UTI's ocupando leitos enquanto não se decide a situação; a responsabilização individual dessas profissionais nos casos não notificados; situações mais extremas envolvendo mentiras, agressões verbais, acusações e ameaças por parte das famílias junto às profissionais que encaminharam o abrigo imediato dos bebês.

Um dos casos mais extremos que tivemos acesso foi relatado por Cecília et al. (2018) que conta a história de uma mãe que foi parir e, ao saber que teria seu filho abrigado, planejou o sequestro do seu próprio bebê, saindo do hospital com ele numa sacola sem que ninguém percebesse. Reconhecemos a veracidade desse caso que foi mencionado anteriormente numa das audiências públicas e poderia ter sido tomado como ficção ou exagero de quem relatava.

Posteriormente, essa mãe, nomeada como Maria, e seu bebê foram acompanhados pelo equipe do CdeR de BH e pelo Centro de Saúde, até que ela engravida novamente e

afirma para a equipe do CnaR: *“Eu não vou sair desta vez com meu filho na sacola. Desta vez, vou sair com ele no colo”* (CECÍLIA, 2018, p. 108). Maria acaba indo parir na mesma maternidade em que saiu com seu bebê numa sacola. Quando a equipe do CdeR chega no serviço, escuta a seguinte avaliação:

Daqui ela não foge. Todos estão de olho nela! A segurança está redobrada. Todos já sabem do histórico dela. E outra coisa, ela não se abre, ela simplesmente é fechada, ela é fria, ela é diferente das outras mães. Ela não pôs nem nome no filho dela”. Quando o Consultório de Rua chega no quarto dela, a primeira coisa que perguntamos é: “Qual o nome do bebê?” A mãe responde: “Eu estava esperando vocês chegarem para nós escolhermos juntos” (p. 109).

A história de Maria teve outros desdobramentos, demonstrando como a avaliação das situações deve ser singularizada e acompanhada de perto por uma equipe que não inclua valores morais na análise e condução dos casos.

#### 5.4 Cena III – 2016: Acirrando a batalha

No nosso levantamento, o ano de 2016, em Belo Horizonte, tem menos produções documentais sobre o tema, talvez havendo uma acomodação da questão. O primeiro texto refere-se à Nota Técnica do MS/MDS (doc. 14) que aperfeiçoa a anterior que tinha autoria somente do MS. Esse documento fala sobre a importância de um trabalho multissetorial e interdisciplinar, na saúde e na assistência social, na abordagem de casos envolvendo álcool e outras drogas. Retoma o artigo 23 do ECA que afirma que a falta ou carência de recursos materiais não é motivo suficiente para perda ou suspensão do poder familiar.

Além disso, a Nota também destaca algo que vinha sendo utilizado como fundamentação jurídica para afastar as mães usuárias de SPA dos seus filhos, que dizia respeito ao artigo 19 do ECA. No entanto, com a Lei da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), essa redação foi alterada, não havendo mais nenhuma menção à questão de substâncias psicoativas. De acordo com Rossato, Lépre e Cunha (2017), abandona-se o texto legal original e preconceituoso de que crianças devem crescer livres da presença de pessoas que usam SPA. Os autores afirmam que não podemos considerar tais pessoas incapazes de manter uma família, sendo importante medidas aos responsáveis relacionadas a serviços que favoreçam proteção, apoio, promoção e inserção em programas de auxílio, orientação e tratamento de dependências químicas.

Já o segundo documento de relevância, de 2016, é a portaria 3 da Vara Cível da Infância e Juventude (doc. 15) que já foi analisada acima, por ser um dos documentos que reforça e institucionaliza a prática do abrigamento de bebês na capital mineira. Podemos constatar como essa problemática se acirrou, na medida em que os questionamentos feitos às recomendações do MPE, ao longo de 2014 e 2015, não surtiram efeitos, no sentido de minimizar os danos gerados. Ao contrário, com o advento dessa portaria, reconhecemos uma correlação de forças entre MPE e o Poder Judiciário, investindo mais na obrigatoriedade da comunicação dos casos por parte da saúde, por meio de medidas mais coercitivas junto aos profissionais.

Nesse cenário mais litigioso, teremos, a seguir, a Resolução Conjunta 206 (doc. 16) de três Secretarias de Estado de Minas Gerais – da Saúde, de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania e do Trabalho e Desenvolvimento Social – que vai problematizar as dificuldades ensejadas diante da exigência de notificação de casos de mulheres gestantes ou mães que usam SPA.

O documento aponta que essa conduta se constitui *“como violência institucional e claro preconceito, visto que não existem, a priori, indícios que justifiquem a notificação destas situações como casos de violência”*, segundo as normativas do MS sobre violência interpessoal/autoprovocada. Acrescenta que esse tipo de prática advém da lógica perversa do proibicionismo e também de uma suposta epidemia do *crack* disseminada pela mídia que não foi confirmada, de acordo com os dados da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) de 2013. Essa pesquisa também aponta que não há estudos conclusivos sobre os danos fetais, em função do uso de *crack*, sendo a maternidade importante em termos de motivação para que a mãe seja tratada.

Ao final dessa Resolução, constam 24 orientações específicas aos serviços públicos sobre como deve ser o atendimento de mulheres e adolescentes usuárias de SPA e seus filhos. Diversos itens desse documento já foram mencionados na Resolução das Defensorias Públicas, parecendo haver uma sintonia entre essas instituições. De um modo geral, percebemos que essas orientações visam fortalecer o trabalho em rede, por meio da conjunção de ações dos diferentes equipamentos que acompanham as mulheres, especialmente a rede socioassistencial, a atenção básica de saúde e as maternidades. Há um cuidado, no sentido de construir cada caso de acordo com especificidades, permitindo assim a construção do Plano Terapêutico Singular, primeiro documento que menciona esse recurso.

O próximo texto analisado trata-se de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde (doc. 17), que recomenda ao Ministério Público Federal que interceda junto ao Poder

Judiciário, no sentido de adotar medidas que garantam a permanência das mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua com seus bebês sempre que possível. Nos casos em que se faça necessária essa separação, que isso ocorra somente após esgotar todas as possibilidades de fortalecimento dos vínculos familiares. Esse documento também solicita que os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, gestores do SUS e profissionais de saúde monitorem esses casos, resguardecem os direitos dessas mulheres e seus filhos, estabeleçam procedimentos específicos para atendimento desse público por se encontrarem em situação singular, demandando, portanto, atendimento diferenciado e humanizado.

Em seguida, temos a Resolução do CMS (doc. 18) que engrossa o coro, na perspectiva de não cumprir as determinações colocadas na portaria 3 da Vara da Infância de Belo Horizonte. O documento retoma as últimas produções que questionaram a obrigatoriedade de notificar os casos ao MPE e ao Poder Judiciário e resolve que a SMSA não deve atender à portaria supramencionada.

No que diz respeito à imprensa local escrita, as matérias foram mais escassas, em relação ao ano anterior, talvez indicando que o tema não se tratava mais de novidade. No entanto, gostaríamos de mencionar uma notícia do Estado de Minas, do dia 08/12/16, que tem o título de *“Casa em BH vai acolher filhos de usuárias de drogas de até 1 ano”*<sup>18</sup>. Há a informação, nesse texto, de que será inaugurada uma instituição com 12 vagas para bebês, porém, sem o acolhimento conjunto das mães. Relata que elas terão acesso diário para amamentar, desde que não estejam fazendo uso de álcool ou outras drogas. Vemos aqui que a proposta de criação de um serviço conjunto para mães e bebês pautada pela maioria das instituições de saúde, assistência social e defesa de direitos não foi contemplada. No lugar, se reproduz mais um abrigo, nos moldes tradicionais, apenas especificando o público que será exclusivamente para bebês de até um ano de idade.

As resistências se mantêm e o acirramento aumenta, com a portaria do TJ-MG que institui o acolhimento de bebês definindo prazos e responsáveis para a comunicação dos casos. Os objetivos almejados pelo MPE são confirmados com essa portaria, evidenciando como o Poder Judiciário também apresenta interesse em regular os corpos grávidos das mulheres pobres e negras e, mais ainda, de seus bebês. Os cuidados e as tentativas de diminuir as vulnerabilidades, garantindo a convivência familiar dessas famílias, parecem inexistir por parte do MPE e do TJ-MG. Essas instituições afirmam que estão protegendo os bebês com

---

<sup>18</sup> [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/12/08/interna\\_gerais,830945/casa-em-bh-vai-acolher-filhos-de-usuarias-de-drogas-de-ate-1-ano.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/12/08/interna_gerais,830945/casa-em-bh-vai-acolher-filhos-de-usuarias-de-drogas-de-ate-1-ano.shtml). Acesso em 15 set 2018.

essas normativas, mas, na realidade, acabam violando seus direitos, sob o pretexto de uma suposta proteção.

Podemos confirmar o agravamento da situação, na medida em que Almeida e Barros (2017) retratam detalhadamente o caso de um sequestro de um bebê pela justiça, ocorrido em setembro de 2016, em um Cersam (Centro de Referência de Saúde Mental) de BH. As autoras assim denominam o caso por entender que esse termo elucida, de fato, o que ocorreu. A mãe desse bebê sequestrado contou para a equipe da maternidade que ocasionalmente usava maconha e *crack*. Isso foi relatado para o conselho tutelar que notificou a justiça e levou à judicialização do caso. Essa mãe foi informada que seu filho seria encaminhado para acolhimento institucional e, no dia que seria o abrigamento do bebê, o serviço de saúde mental recebeu um telefonema com a notícia de que, em função de um receio de que essa mãe apresentasse uma agitação psicomotora, não a informariam. Solicitaram ainda que o serviço de saúde mental fosse buscá-la, sem que a mãe soubesse o motivo, demanda essa que foi recusada de imediato pela equipe do Cersam.

Algum tempo depois, no serviço de saúde mental, chegaram viaturas com policiais, um policial que carregava o bebê e os pais do bebê sem saber o que estava acontecendo. O casal foi informado que estaria ali para uma consulta. A equipe do Cersam tentou evitar o acolhimento do bebê, mas o comissário de justiça encarregado saiu da unidade ameaçando dar voz de prisão a quem tentasse impedi-lo de sair com a criança. A mãe, vendo a cena, sai correndo atrás, bate no vidro traseiro do carro, dizendo que queria seu filho de volta. Os efeitos dessa conduta autoritária são devastadores para a família, para a equipe de saúde mental e também para os demais usuários do serviço que assistiram isso, tendo alguns que ser extra medicados, em função do ocorrido (ALMEIDA; BARROS, 2017).

Retomando a ideia de biopolítica de Foucault (2008a), temos a soberania, a disciplina e a gestão governamental focando uma determinada população por meio de dispositivos de segurança. Nesse sentido, podemos vislumbrar o MPE e o TJ-MG no exercício do poder soberano, instituindo um novo disciplinamento dos corpos por meio de normativas e produzindo uma governamentalidade específica para essas mulheres pobres e negras. Diante das contracondutas produzidas e os questionamentos feitos pelas demais instituições e entidades que não concordam com essa prática, a batalha se acirra por meio de publicação de uma portaria do Poder Judiciário que, em termos jurídicos, tem mais poder do que as recomendações do MPE.

### 5.5 Cena IV – 2017: “Existe uma escolha ideológica que define quem tem direito de ser mãe”

Em 2017, o primeiro documento analisado se refere à ata da audiência pública (doc. 19) que ocorreu na Câmara Municipal para debater a *“situação das mães que têm seus filhos recém-nascidos sequestrados pelo Poder Público e demais implicações das recomendações 5 e 6 da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de BH”* no mês de março. Vemos no objetivo geral dessa reunião a explicitação de como se convencionou nomear esse fenômeno na capital mineira: “sequestro de bebês”, assumindo um caráter de denúncia.

Um elemento que pode ser considerado novo em comparação às demais audiências que foram realizadas diz respeito à presença de uma representante da Promotoria de Infância, Matilde Fazendeiro Patente, uma das responsáveis pela produção das recomendações do MPE, em 2014.

Ainda que diversos questionamentos tenham sido apontados pelos presentes sobre os efeitos danosos desse tipo de prática, o discurso apresentado pela referida promotora assumiu contornos oficiais, sem adentrar nos pontos polêmicos levantados pelos demais representantes. Ela afirmou, por exemplo: *“Todos os presentes possuíam um objetivo comum (...). Por vezes, trabalha-se com muita ideologia, mas os promotores trabalham com casos concretos”* (p. 11). Acrescentou que o MPE se reuniu com várias entidades da saúde para elaborar as recomendações. Matilde destacou ainda que a Constituição Federal prevê absoluta prioridade para a criança e o adolescente, portanto *“sempre agiria para garantir a prioridade da criança no atendimento sobre qualquer outro bem”* (p. 12). Explicou que as recomendações são orientações, não leis, mas são baseadas na realidade e que o MPE não tinha sido convidado para audiências como esta.

Nas falas posteriores, os representantes da Defensoria Pública e da saúde afirmaram que também não foram convidados à participar de nenhuma reunião com o MPE para discutir a elaboração das recomendações.

A mãe, Aline Oliveira, que perdeu seu primeiro filho nesse contexto e estava presente na audiência pública de 2014, compareceu novamente, relatando que nunca esteve em situação de rua, apesar de ter feito uso de SPA na época. Mesmo tendo sua família extensa pedido a guarda, isso foi negado e seu filho foi encaminhado para adoção. Hoje, Aline tem dois filhos mais novos e só gostaria que seu primogênito soubesse que ele tem dois irmãos, tem mãe e nunca foi abandonado. Conseguimos acessar uma carta de Aline onde ela conta sua história:

Ganhei o Zion no dia 24/05/2011, fiquei 12 dias com ele na maternidade, mesmo tendo condições de amamentar fui impedida, me deram remédio para meu leite secar, junto com o meu peito, meu coração chorava de dor. Cheguei a maternidade em bom estado físico e psicológico, acompanhada pela minha mãe com o enxoval e os exames do pré-natal, assim que recebi alta um carro da maternidade me levou até o TJMG, eu não imaginava que iriam arrancar meu filho de mim, a funcionária do hospital disse que o Juiz me iria fazer apenas algumas perguntas, entretanto no TJMG me obrigaram a entregar meu primogênito. Isso em razão do relatório da maternidade feita pela assistente social de que eu cheguei na maternidade em trabalho de parto, após uso de droga ilícita e que não realizei o pré-natal. O Juiz pediu que eu realizasse o tratamento no CMT, realizei o tratamento no CMT, recebi alta por tratamento completado. Mas o Juiz não considerou (...). Segundo a sentença, minha mãe apresenta instabilidade emocional, mental e financeira, meu tio (80 anos) passou da idade, e que minha família é desestruturada e que não demonstramos interesse em assumir a guarda do meu filho. Assim que Zion foi abrigado recebia visitas frequentes de todos os familiares, esperávamos que ele retornaria para a família, não houve consentimento na destituição do poder familiar por nenhum familiar. Segundo a sentença, eu vivia nas ruas. Nunca vivi na ruas (JORGE; MERHY; PONTES, 2018, p. 15).

Podemos perceber como Aline é uma mãe que não aceitou a perda do seu primogênito, pois comparece e participa de diversos eventos relacionados ao tema do acolhimento institucional de bebês em Belo Horizonte. Segundo seu relato, o modo como seu filho foi abrigado caracterizou-se pela arbitrariedade e impossibilidade de defesa. Ainda que sua família extensa tivesse disponibilidade para ficar com o bebê, isso não ocorreu e houve a destituição do poder familiar e adoção do menino por outra família.

Ainda nessa audiência pública, Egidia Maria Almeida, representante do Programa Polos de Cidadania da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), afirmou que o Estado não pode intervir na vida privada de uma gestante sob o argumento de proteção. Relata o caso de uma mãe em situação de rua que conseguiu vaga num serviço de acolhimento, mas seu bebê foi levado para outra unidade e não a informaram. Ela perdeu o contato com esse bebê e voltou para as ruas. Afirmou ainda que *“está existindo uma escolha ideológica que define quem tem o direito de ser mãe”* (p. 24). Vemos, nessa frase, como mais do que questões técnicas e jurídicas, são posicionamentos ideológicos que estão na base desse tipo de prática arbitrária.

Um dos encaminhamentos dessa audiência pública foi a criação de uma câmara técnica intersetorial composta pela sociedade civil e pelo Poder Judiciário para estabelecer parâmetros e metodologias de atendimento e, se possível, rever as recomendações do MPE e a portaria da Vara da Infância e Juventude.

Já no mês de maio, houve outra audiência pública, dessa vez, na Assembleia Legislativa para debater os direitos das mulheres, seus bebês em situação de vulnerabilidade social, a humanização do parto, o incentivo ao aleitamento materno e ao desenvolvimento e proteção da infância. Nas notas taquigráficas dessa reunião (doc. 20), a portaria da Vara da Infância e Juventude é problematizada pelo coordenador municipal de saúde mental, Arnor José Trindade Filho, que afirma:

O juiz frisa a figura do assistente social. Quando ele coloca na mão do assistente social o destino de uma pessoa ou de duas pessoas ou de uma família em 48 horas, ele está definindo que aquele profissional de saúde execute uma função de juiz. É como se ele fosse uma extensão do tribunal. Aliás, não um tribunal democrático, mas, sim, de inquisição, porque leva em consideração a trajetória da pessoa. Na verdade, ela não é julgada capaz ou alguém que pode produzir dali para a frente. Por exemplo, se teve trajetória de rua, já é estigmatizada. Além disso, é um tribunal de inquisição porque afunda as leis, vai contra o ECA, que tem como primazia e prerrogativa principal a permanência do binômio mãe e bebê. Então, ele começa a fazer algo que está totalmente fora de tudo o que temos construído enquanto política pública de saúde (p. 45).

Estamos vendo, na citação acima, como essa portaria institui um procedimento centralizador, na figura do assistente social que fica incumbido de comunicar a Vara sobre os casos de gestantes e mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua. A análise da capacidade dessas mulheres de exercerem a maternidade se dá previamente, pelo seu histórico pessoal, num momento de bastante fragilidade – puerpério – aniquilando a formação de vínculos, com a separação imediata dessas mães e seus bebês.

Além disso, também evidenciamos o caráter de exceção teorizado por Agamben (2004), pois há a suspensão de uma determinada norma jurídica, no caso o ECA e a prioridade da convivência familiar. Aliado a isso, uma medida excepcional e provisória – o acolhimento institucional – torna-se a regra diante de casos com essas características.

Essa audiência também contou com a presença da promotora de justiça, assessora especial do procurador-geral de justiça, Kátia Suzanne Lima Mendes Araújo, representando a Procuradoria-Geral (PGE) do MPE. Ela relata que as arbitrariedades denunciadas serão apuradas e que as recomendações foram substituídas pela portaria da Vara da Infância e Juventude que possui um conteúdo semelhante.

No que tange à portaria, a promotora diz que a comunicação deve ser feita em 48h, mas isso não significa que a vida da criança e da mãe será decidida nesse período, nem que o poder de decisão foi transferido para o agente de saúde ou para a diretoria da instituição.

Defende que os casos comunicados podem não ensejar ação nenhuma por parte da Promotoria ou da Vara e serem arquivados. Acrescenta que essas notificações funcionam como mais uma tentativa de garantir medidas de proteção e um acesso mais facilitado na saúde e na assistência social.

Podemos constatar como essa fala, por parte da representante da PGE, parece ser uma clara tentativa de contra argumentar o exposto antes pela coordenação de saúde mental do município. Parece-nos que essa compreensão desconsiderou os usos que têm sido feitos das recomendações do MPE e da portaria da Vara da Infância e Juventude e levou em conta apenas os textos literais sem os respectivos contextos.

No mês seguinte, em junho de 2017, houve outra audiência pública na Assembleia Legislativa para debater o acolhimento compulsório de bebês, filhos de mulheres usuárias de drogas e com outras vulnerabilidades.

Segundo as notas taquigráficas dessa audiência (doc. 21), a deputada estadual, Marília Campos, que estava presidindo a mesa, iniciou relatando que participou de uma reunião no Tribunal de Justiça com a presença dos principais responsáveis pelas recomendações do MPE e pela portaria da Vara da Infância e Juventude, além de desembargadores, membros da Defensoria Pública, da Prefeitura de Belo Horizonte, além de deputados da Assembleia Legislativa. De acordo com Marília, esse encontro apontou a necessidade de se constituir um grupo de trabalho que ficaria responsável por elaborar um termo de cooperação técnica para corrigir os problemas levantados. O fluxograma que existia antes trabalhava com o acionamento dos conselhos tutelares nos casos de vulnerabilidade. No entanto, com essa normativa do Tribunal, os técnicos da saúde estavam sendo pressionados a comunicar a Vara da Infância e não mais os conselhos tutelares.

Após essa reunião ampliada, no dia 13/06/17, a Assembleia Legislativa entregou um documento ao magistrado da Vara da Infância, solicitando a suspensão dessa portaria, pelo prazo mínimo de 90 dias ou até a conclusão dos trabalhos do grupo responsável pelo acordo de cooperação técnica. O juiz, Marcos Padula, responsável pela elaboração da portaria respondeu, alguns dias depois, mais precisamente no dia 16/06/17, informando que, nos casos de acolhimento institucional, os pais da criança são ouvidos pelo setor técnico e em audiência, assim como demais membros da família. Acrescentou que a Defensoria é convocada a comparecer e o grupo é encaminhado para Defensoria também. Finaliza dizendo que outra portaria já está sendo elaborada para revogar os pontos polêmicos, inclusive esclarecendo as equipes da saúde que *“a comunicação imediata ao conselho tutelar é sempre preferencial e exclui a responsabilidade do profissional”* (p. 10).

O representante da Defensoria, Wellerson Eduardo da Silva Côrrea, faz um resgate histórico de outros acontecimentos envolvendo atos normativos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Relatou que, em função de problemas, ficou estabelecido, em 2015, que todo ato individual dessa natureza de juízes deveria passar antes pela corregedoria do Tribunal. Porém, a portaria 3 da Vara da Infância e Juventude já havia tramitado na gestão anterior, foi aprovada e publicada.

A respeito dessa última comunicação do magistrado, Wellerson questiona o que foi colocado, pois afirma que em nenhum momento a Defensoria Pública foi convocada a participar das audiências nos casos de acolhimento institucional. Coincidentemente, a primeira vez que isso ocorreu foi exatamente no dia 16/06/17, data em que o juiz respondeu o documento da Assembleia Legislativa. Nessa audiência, o defensor relatou ter registrado nos autos que foi a primeira audiência que participou com base na portaria 3 da Vara da Infância, de 2016. Sobre esse documento, ele é assertivo:

O CNJ tem o dever legal de revogar a portaria, se constatar que ela é manifestadamente ilegal, usurpa a competência de outros atores dos sistema e invade a autonomia dos conselhos tutelares. Se a portaria determina atuação para a área da saúde, ela invade a autonomia do Poder Executivo, a autonomia de gestão. A portaria estabelece também atribuições para a Defensoria Pública, que é um órgão autônomo. Como eu falei no princípio, ela diz respeito a prazos, que são reserva da União (p. 26).

A defensora pública, Daniele Belletato, reforça o que foi colocado pelo seu colega anteriormente, dizendo ser novidade esse procedimento de escuta das famílias que o magistrado coloca como sendo praxe. Ela entende que, em alguns casos, os membros das famílias são entrevistados, mas isso se constitui como procedimento secreto que não caracteriza o direito à defesa e ao contraditório. Além disso, ressalta que uma nova portaria está sendo elaborada e, se ninguém da rede está participando desse momento, novamente não se trata de um processo democrático, pois não há ampla discussão com os atores que deveriam estar envolvidos.

A situação dos serviços de acolhimento e dos conselhos tutelares veio à tona, nessa audiência pública, na medida em que as dificuldades e seus contextos de trabalho foram mais relatados. Sobre as entidades de acolhimento, a defensora pública, Daniele Belletato, informou que Belo Horizonte tem mais de cinquenta abrigos privados e que a Prefeitura não executa diretamente esse serviço de acolhimento institucional, pois todo o serviço é

terceirizado por meio de entidades conveniadas. Essas entidades recebem, em média, mais de R\$3.000,00 por mês por criança abrigada.

Sobre esse assunto, Karmaluk et al. (2018) acreditam haver conflitos de interesse e questionam o porquê desses recursos financeiros direcionados para as entidades de acolhimento não serem usados em políticas públicas para dar suporte às famílias em situação de vulnerabilidade. Os autores entendem que deveria haver um investimento por parte do Estado na melhoria das condições de vida, na vinculação e nos cuidados necessários dessas famílias. Afirmam que a prioridade deveria ser a prevenção dessa separação mães-bebês, assim como não promover o abrigamento enquanto solução para as situações de vulnerabilidade. Finalizam dizendo que aparentemente o problema da criança é resolvido, sendo que a mãe e seus familiares são abandonados à própria sorte.

Ainda na audiência pública, Kátia Rochael, representante da Assistência Social esclarece que, em Belo Horizonte, são 47 abrigos institucionais contando com 738 vagas. Ela também esclarece em quais circunstâncias cabe ou não o acolhimento institucional de crianças:

O comprometimento da saúde mental ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas não pode ensejar por si mesmo o acolhimento institucional. O acolhimento institucional é uma medida que tem de ser aplicada, conforme legislação, se há ameaças ou comprometimento da integridade física e psicológica da criança, do bebê, no caso. É preciso que isso seja devidamente avaliado. Quero também reforçar que o uso prejudicial de álcool e de outras drogas é uma vulnerabilidade e não uma violação de direitos (p. 56).

A representante da Assistência Social do município descreve como tem sido o trabalho na instituição que foi inaugurada, no início de 2017, para acolher exclusivamente bebês de até um ano de idade. Ela conta que, no dia da audiência, haviam nove bebês e cinco mães que efetivamente estavam frequentando a casa de forma mais sistemática. A metodologia se baseia no fortalecimento da convivência do bebê com a mãe, inclusive com a permanência dessa mãe nos cuidados com seu filho e a ida delas nas consultas médicas do bebês. Assim, essa mãe fica na casa durante o dia, e, excepcionalmente, à noite, se o bebê adoecer, ou se houver alguma intercorrência. Nesses casos, é avaliada a possibilidade dela dormir na instituição, porque existem três leitos para adultos.

De acordo com a representante da Assistência Social, as mães não estão acolhidas, ou seja, residindo na casa, mas a equipe trabalha com essas mães, suas famílias nucleares e extensas. Nesse sentido, a partir da demanda delas, há articulação com os Alcoólicos

Anônimos, o Cersam, o CAPSad e atendimentos médicos. Há a construção do plano individual de acompanhamento dessas mulheres pelo serviço conjuntamente com a família. Ela destaca que é o primeiro serviço de acolhimento, na capital mineira, que tem esse trabalho intersetorial com a saúde.

Kátia acrescenta que o município possui outras duas unidades que contemplam o acolhimento familiar, podendo receber mães puérperas, seus filhos e os pais. Trata-se de um espaço institucional para pessoas com trajetória de vida nas ruas. Ela comenta que, no dia da audiência, haviam cinco mães puérperas acolhidas com os seus bebês nesses abrigos. Além disso, duas gestantes haviam sido recentemente identificadas pelo serviço de abordagem da população de rua, com estudo de casos e encaminhamento para o acolhimento institucional.

A representante explica que o acolhimento de criança só pode ocorrer com medida judicial, enquanto que o acolhimento familiar baseia-se num trabalho de convencimento, de sensibilização e de acesso a direitos. A permanência das famílias juntas no mesmo abrigo evita a ruptura de vínculos e a separação.

No que diz respeito aos conselhos tutelares, foi relatado que, basicamente, falta infraestrutura, organização e capacitação sistemática para os conselheiros, dificultando a realização de um trabalho qualificado. Com o advento das recomendações do MPE e da portaria da Vara da Infância, no sentido desses órgãos serem comunicados diretamente das maternidades a respeito dos casos, o acompanhamento que deveria ser feito pelos conselhos tutelares foi escanteado. A autonomia desses conselhos foi suprimida, ficando eles à mercê das decisões do MPE e do Poder Judiciário.

Houve uma visita *in loco* do CNJ, da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, do Ministério da Saúde e da Corregedoria do Ministério Público para verificar o que estava ocorrendo em BH. Essa comitiva entrevistou membros de diversos órgãos estatais, como o Juiz da Vara da Infância, desembargadores, promotores, defensores públicos, representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e da Assistência Social, assim como membros dos movimentos sociais engajados nessa pauta. Vale ressaltar que a reunião com representantes da sociedade civil organizada teve seis horas de duração e contou com a participação de aproximadamente 30 pessoas, além de ter sido feito também um ato de mobilização que aconteceu na porta da Faculdade de Medicina da UFMG (KARMALUK et al., 2018).

Nas matérias jornalísticas levantadas, identificamos que, alguns dias após a vinda dessa comitiva de Brasília, o juiz Marcos Padula solicitou a suspensão da portaria 3 de 2016. Em notícia intitulada “Juiz pede suspensão de ‘rpto’ de bebês em BH; crianças são

*afastadas das mães usuárias de drogas*”<sup>19</sup>, do dia 31/07/17, do jornal do “*Hoje em Dia*”, o magistrado informa que pediu a suspensão da portaria e sua substituição por uma nova portaria à Corregedoria-Geral do TJ-MG.

Já no dia 09/08/17, o site do TJ-MG divulgou uma notícia sobre o assunto, chamada “*Corregedoria analisa alteração de portaria*”<sup>20</sup> informando que a Corregedoria-Geral de Justiça determinou a suspensão da portaria 3 da Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte. Uma nova minuta será analisada pelo órgão e, enquanto perdurar essa suspensão, os juízes Marcos Padula e Bárbara Bonfim vão disciplinar os casos tratados pela portaria.

Karmaluk et al. (2018) analisam que a pressão dos movimentos sociais locais em BH contribuíram, de modo significativo, na vinda dessa comitiva de Brasília para averiguar o que estava ocorrendo na capital mineira e na consequente suspensão da portaria do TJ-MG. Em relação à nova minuta, diversos questionamentos já foram feitos por grupos de assessoria jurídica, pois apresentam desvios importantes no que diz respeito à autonomia do Executivo nas ações de assistência e na definição dos fluxos de atenção e cuidado às famílias. Além disso, consta que foi solicitado à Vara Cível da Infância e da Juventude a apresentação de um relatório sobre as centenas de crianças abrigadas desde a publicação da portaria do TJ-MG, já que os respectivos processos não foram distribuídos, ou seja, não estão disponíveis para consulta, acarretando em falta de transparência grave no acesso à informação para quem atua na defesa dessas famílias vulneráveis.

No mês de setembro, houve uma audiência pública, na Câmara dos Deputados, em Brasília, sobre o assunto, na Comissão de Direitos Humanos e Minorias, com a participação de membros da Comissão de Seguridade Social e Família, resultado dessa intensa mobilização dos grupos e instituições que estão questionando o acolhimento institucional sistemático de bebês em BH. Solicitamos as notas taquigráficas da reunião, mas obtivemos uma resposta do setor responsável da Câmara dos Deputados de que não foi feito registro escrito do momento, apenas em vídeo<sup>21</sup>.

Para finalizar a análise documental do ano de 2017, temos a Nota Pública (doc. 22) do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). O referido documento retoma o contexto nacional e local também, nomeando a realidade de Belo

<sup>19</sup> <https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/juiz-pede-suspens%C3%A3o-de-rapto-de-beb%C3%AAs-em-bh-crian%C3%A7as-s%C3%A3o-afastadas-das-m%C3%A3es-usu%C3%A1rias-de-drogas-1.550206>. Acesso em 26 ago 2018.

<sup>20</sup> <http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/noticias/corregedoria-analisa-alteracao-de-portaria.htm#.W57umiMrKvE>. Acesso em 16 set 2018.

<sup>21</sup> <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/videoArquivo?codSessao=67651&codReuniao=48859#videoTitulo>. Acesso em 3 set 2018.

Horizonte, como algo que aprofunda a criminalização e a penalização de mulheres em situação de vulnerabilidade social. Diante do que tem ocorrido, o Conselho repudia a retirada compulsória de crianças de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, entendendo-as como medidas discriminatórias, desproporcionais, desnecessárias e que violam direitos das crianças e adolescentes estabelecidos pelo ECA.

## 5.6 Cena V – 2018: A dispersão do acolhimento institucional de bebês

No nosso levantamento documental, localizamos apenas um documento sobre o acolhimento institucional de bebês, produzido em 2018, que retrata a situação que estamos pesquisando. Trata-se de uma matéria do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) chamada *“De quem é esse bebê? Uma pergunta que deve ser repetida reiteradamente”* (doc. 23). Nesse texto, há o informe para a categoria segundo o qual, no 46º Encontro Nacional, deliberou-se sobre a necessidade de, no eixo de orientação e fiscalização profissional, emitir posicionamento e orientação sobre a atuação das/os assistentes sociais no atendimento de mães usuárias de drogas, diante do contexto de violação de direitos que vem sendo produzido nesses casos.

Esse documento apresenta brevemente o histórico de Belo Horizonte e analisa que, nessa conjuntura, há dois projetos sociais em disputa: um que preconiza o proibicionismo e a guerra contra as drogas e um outro que considera o uso de drogas como inerente à vida humana, com finalidades religiosas, culturais, medicinais, recreativas, dentre outras. Trazendo dados mais atuais, o texto relata que essa disputa tem se agravado, havendo apenas 258 CAPSad em todo o Brasil, ao mesmo tempo em que vemos o avanço das comunidades terapêuticas e o sucateamento da política de saúde mental. Frente a esse cenário, o CFESS convoca a categoria a se posicionar contrariamente a esse tipo de prática.

No que se refere à imprensa escrita, não identificamos nenhuma matéria nos jornais locais, somente duas notícias no *site* do CNJ que tratam desse assunto. Uma delas informa que um projeto-piloto será implantado em Belo Horizonte, que prevê o atendimento de mulheres e seus bebês, nesse contexto de vulnerabilidade por uso de SPA. Há o relato de que essa ação decorre de um grupo de trabalho interinstitucional formado após a ida de uma equipe do CNJ e do CONANDA à capital mineira para checar denúncias feitas sobre o tema.

A segunda notícia divulgou um seminário chamado “Mulheres e seus filhos em situação de vulnerabilidade”, que foi realizado em Belo Horizonte, e reuniu magistrados da área da infância e juventude, psicólogos e assistentes sociais do TJ-MG, defensores públicos,

promotores de justiça, secretários estaduais e municipais, objetivando sensibilizar os integrantes do Sistema de Justiça em relação a esse assunto.

### 5.7 Os casos: os números, as dispersões e as descrições

Em relação aos números de bebês abrigados, em BH, identificamos dificuldades para conseguir esses dados porque eles não estão compilados nem disponíveis publicamente. Alguns números foram divulgados nas notícias jornalísticas que levantamos, assim como algumas instituições que acompanham os casos também trouxeram alguns informes quantitativos nas audiências públicas, como, por exemplo, a Defensoria Pública e a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social, responsável pela gestão dos abrigos na capital mineira. No entanto, tratam-se de números dispersos, a partir de relatos dos seus representantes, sem referências temporais que permitam o estabelecimento de comparações.

Dessa forma, decidimos apresentar, no quadro abaixo, os números de quatro fontes que avaliamos como as mais fidedignas, pois retratavam especificamente o quantitativo de bebês acolhidos até um ano de idade, em períodos anuais.

Quadro 5 - Número de bebês acolhidos por ano, em Belo Horizonte/MG

| <b>Ano</b> | <b>CNJ<br/>(Reportagem<br/>Agência<br/>Pública<sup>22</sup>)</b> | <b>Secretaria<br/>Municipal Adjunta<br/>de Assistência<br/>Social<br/>(Reportagem<br/>Agência Pública<sup>23</sup>)</b> | <b>Secretaria<br/>Municipal Adjunta de<br/>Assistência Social<br/>(Dados fornecidos na<br/>Audiência Pública de<br/>junho de 2017)</b> | <b>Blog “De quem é<br/>este bebê?”<sup>24</sup></b> |
|------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 2012       | -                                                                | -                                                                                                                       | 156                                                                                                                                    | -                                                   |
| 2013       | -                                                                | -                                                                                                                       | 159                                                                                                                                    | 26                                                  |
| 2014       | 174                                                              | 74                                                                                                                      | 107                                                                                                                                    | 72                                                  |
| 2015       | 115                                                              | 128                                                                                                                     | 143                                                                                                                                    | 140                                                 |
| 2016       | 100                                                              | 118                                                                                                                     | 82                                                                                                                                     | 132                                                 |
| 2017       | 39 (até jul 2017)                                                | 23 (até jul 2017)                                                                                                       | 27 (até jun 2017)                                                                                                                      | -                                                   |
| Total      | 428                                                              | 343                                                                                                                     | 647                                                                                                                                    | 370                                                 |

<sup>22</sup> <https://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/>. Acesso em 26 ago 2017.

<sup>23</sup> Ibidem.

<sup>24</sup> Vídeo da campanha “De quem é este bebê?”. Disponível em:

<https://dequemeestebebe.wordpress.com/2017/05/14/de-quem-e-este-bebe-video-da-campanha/>. Acesso em 15 set 2018.

Os números informados, pelas diferentes fontes, não coincidem demonstrando a dificuldade de averiguar a consistência dessas informações. O CNJ trabalha com dados repassados diretamente por cada Vara de Infância e Juventude dos Tribunais Estaduais enquanto que a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social tem uma gerência de abrigo que recebe os pedidos de acolhimento e os compila. É curioso que existem dados divergentes da própria Secretaria: números que foram repassados para uma reportagem jornalística e números que foram mencionados numa audiência pública, ambos de 2017.

A Defensoria Pública também mencionou alguns números, durante as audiências públicas, mas seus dados se referem apenas às famílias que procuraram efetivamente a instituição, sendo, portanto, um número inferior à realidade de casos de acolhimento.

Essa divergência de informações evidencia a falta de transparência de dados que deveriam ser públicos, pois estamos nos referindo apenas a números de uma política pública da infância. Se não conseguimos acessar esses números que, além de divergentes entre si, estão dispersos, o que imaginar sobre informações qualitativas dessas centenas de bebês acolhidos anualmente em BH?

Ao longo da pesquisa, conforme citado antes, tentamos estabelecer contato com algumas mulheres de BH que tiveram seus bebês acolhidos institucionalmente, entretanto, essas tentativas não resultaram em entrevistas que pudessem agregar ao presente trabalho. Avaliamos que, infelizmente, a distância geográfica foi determinante na não realização dessas entrevistas, na medida em que uma das mães, na ocasião do nosso contato, estava sem telefone celular, mas nos convidou para ir à sua casa. A segunda mulher que contatamos, de início, sinalizou positivamente em ser entrevistada, nos informando onde estaria nos próximos dias, mas quando informamos que a conversa não seria presencial, a conversa não avançou, no sentido de agendarmos o dia e o horário da entrevista. Com ambas mães, pudemos observar que a oportunidade de entrevista se dava no momento do contato, como se qualquer tipo de planejamento prévio não coubesse na vida dessas mulheres. Em relação à primeira mãe, ainda enviamos o TCLE por *email*, mas nunca obtivemos resposta. No caso da segunda mulher, não conseguimos nem retorno sobre qual seria seu *email* para encaminharmos o termo de consentimento.

Diante desses acontecimentos, nosso acesso aos casos concretos de acolhimento institucional de bebês se deu pelos relatos das profissionais que entrevistamos e artigos científicos recentes que trouxeram algumas falas diretas dessas mulheres que perderam seus

bebês. LAURA conta que o primeiro caso que teve contato, no seu cotidiano de trabalho, ocorreu antes das recomendações do MPE. Ela descreve:

Essa mãe, se eu não me engano, ela estava na oitava gestação, não tinha ficado com nenhum filho, ainda tinha vivência de rua, ela tinha evadido de um outro hospital de Belo Horizonte com a criança, depois ela foi localizada e do momento em que assistente social fez o contato com o conselho tutelar pra discutir o caso, eles já definiram “segura ela, ela não pode sair, ela é uma pessoa que tem... que os filhos já foram quase todos recolhidos, ela não pode ficar com o bebê”. E aí foi esse o primeiro contato, já no primeiro contato foi bastante... de um enfrentamento com o conselho tutelar que até então não estava respaldado por essa recomendação, no sentido de dizer a ele que ele não podia usar a maternidade como hospital de custódia e que nós estabeleceríamos pra essa mãe o mesmo cuidado de trânsito e acesso a esse bebê que estabelecíamos para outras pacientes e que se o conselho tinha o entendimento de que essa criança deveria se manter sob proteção, que eles recolhessem a criança e a mãe. Não foi feito, apesar do recuo do discurso da conselheira ter acontecido e a mãe... a criança foi recolhida junto com o conselheiro que insistia pra que o assistente social e o psicólogo tivessem na cena de recolhimento da criança. Nessa oportunidade, como era a primeira situação, por uma preocupação com a mãe, a gente ficou acompanhando, mas a gente viu que a gente ficava meio que como expectador e testemunha. E que o nosso espaço de intervenção não existia. Essa mãe entrou em pânico, a polícia veio acompanhando a pessoa que iria recolher [o bebê], acho que era da vara e a mãe é deixada lá dentro e o bebê vai embora. A mãe fica aos berros, é uma cena muito muito difícil, difícilíssima pra mim, pra acompanhar, muito difícil. E essa transferência raivosa, odiosa, não vai para o conselho porque, né, porque como esse sujeito tá pouco instrumentalizado e ele acredita pouco nos dispositivos jurídicos do Estado, isso aparece sob uma forma de agressão direta aos profissionais da ponta, principalmente a assistente social. Várias vezes, ela foi ameaçada, inclusive, de morte, nesse tipo de situação.

Essa descrição consegue detalhar as diferentes problemáticas existentes que são geradas a partir da decisão de separar mães e bebês nas maternidades. Nesse caso, havia uma clara discordância entre equipe de saúde e conselho tutelar sobre o encaminhamento da situação. Os responsáveis pela retirada não sabiam como proceder e solicitaram que a equipe de saúde acompanhasse esse momento. Estavam presentes no momento de separação familiar, pelo menos, um conselheiro tutelar, um policial e um técnico da vara de infância, dando à cena uma dimensão repressiva e policialesca. O relato evidencia a falta de manejo e cuidado num contexto que exige preparo e sensibilidade. Ao mesmo tempo, a entrevistada analisa que o lugar da equipe de saúde é de expectadora e testemunha, sem possibilidades de intervenção. Essa narrativa parece falar apenas de sofrimento e impotência para a mulher que perde seu filho e para a equipe da maternidade que assiste a dramática cena e acaba sendo depositária da raiva dessa mãe.

Já HELEN relata que o primeiro caso de acolhimento que ela acompanhou foi após a portaria do TJ-MG, assim descrevendo:

Um caso específico que eu tive que acolher numa emergência que era uma mãe que teve seu bebê recolhido e, na verdade, a mãe se recusava à entregar o bebê e houve uma situação de muita comoção lá e me chamaram, um pouco pra apartar a situação e eu cheguei, não sabia muito bem do caso, tive que me inteirar do caso, liguei pra minha colega que era a referência... pra coordenação, pra me inteirar do que tava acontecendo e aí é uma situação muito horrível, foi quando eu me deparei, assim, concretamente, da violência que era, que é o abrigo compulsório desses bebês, sem um manejo adequado do contexto das mulheres ou de preparar a situação ou até de fazer... porque é uma situação... muito triste a cena, muito triste. (...) A enfermagem e a assistente tendo que exercer esse papel de cuidar desse bebê, então fica numa posição “ah, se eu não entregar esse bebê, daqui um tempo ela vai matar esse bebê e vai recair sob nós a responsabilidade da gente não ter recolhido esse bebê dessa mãe”. E o segurança foi chamado, eu lembro, ele totalmente despreparado pra aquilo, ele nervoso, ele chorou de ver a cena, ele não dava conta de estar ali, assim como eu não dava conta, assim como a enfermeira, nenhum profissional ali tava preparado pra lidar com aquele tipo de situação porque uma coisa é a portaria existir, de que as mães com bebês em situação de álcool e drogas precisam ter seus bebês com medida de acolhimento só que outra coisa é a prática, o vínculo que essa mãe pode ter com esse bebê, em que momento esse bebê vai ser tirado dela.

O relato acima expõe como os demais funcionários da instituição acabam se envolvendo na cena, ativando afetos de quem está presente, mesmo que não tenha relação com o caso, como foi o caso do segurança do hospital. O fato da entrevistada, HELEN, ter sido chamada, de última hora, já sinaliza a falta de preparo na condução porque a mãe se recusava a entregar seu filho, o que nos parece bastante plausível. Frente a essa recusa, chama-se a profissional da Psicologia que não tinha nenhum conhecimento do caso para tentar dirimir o conflito ali instalado. Nessa cena, além da tristeza já mencionada pela profissional, chama a atenção o caráter violento do ato de retirada do bebê dessa mãe.

TINA, por sua vez, conta sobre o acompanhamento que realizou junto à uma mãe que perdeu seu filho, tendo sido seu primeiro caso:

O primeiro caso foi um caso que eu já acompanhava por outros dispositivos também, é uma usuária que eu já conhecia há uns 6 ou 7 anos, portadora de sofrimento mental, super jovem, deve ter uns 28 anos e ela teve uma gestação, claro, conturbada porque tava aí nesse trânsito rua-casa, um companheiro muito violento, mas em relação ao uso de droga, ela praticamente não fez uso, super queria se organizar pra ficar com filho, chega a nomeá-lo e aí num primeiro momento é judicializado, ele vai pra um abrigo e ela continua visitando o abrigo, a mãe dela falou que ia ficar com a guarda, a mãe já tava com a guarda de uma outra filha dessa usuária e aí a

mãe tava nesse trâmite de organizar a papelada. Ela indo no abrigo semanalmente e um dia ela chega pra visitar o bebê e eles falam que não seria possível mais ela fazer as visitas e aí ela fica muito angustiada, ela procura a nossa equipe e aí depois a gente vai investigar o que é que aconteceu, fazer contato com o abrigo e aí eles informam que o bebê tinha morrido dentro do abrigo por um suposto sufocamento, ainda tava, na época, o IML apurando pra saber o que é que tinha acontecido. Ela não teve o direito garantido de enterrar esse filho assim, então isso pra uma psicótica teve um efeito super grave assim, isso já tem, acho que quase 3 anos, ela escolheu por fazer ligadura, nesse último parto, mas desde então que ela vem tendo gestações psicológicas, o abdômen fica distendido, produção de leite, muito angustiada, falando que eles não fizeram a ligadura, que ela tá grávida, muito nessa coisa de repor o bebê, né, assim, de não ter conseguido elaborar o luto desse filho que se foi assim. Na época, a gente teve que esperar sair pra ter acesso à certidão de óbito, aí a gente deixou a certidão de óbito com ela pra ser algo de concreto pra ela ir se apegando nisso e entender que, de fato, seu bebê tinha morrido. Então assim, o primeiro caso que atravessa a nossa equipe talvez tenha sido o caso mais triste, mais perverso de todos, assim, porque ele acabou findando no caso de óbito de [um filho de] uma usuária psicótica de uma família que tava se organizando para ficar com a guarda assim, então uma série de violações.

Acreditamos que esse seja o mesmo caso mencionado numa das audiências públicas que resultou no óbito de um bebê abrigado por sufocamento com leite. Vemos como, nessa situação, a mãe não fazia uso de SPA e sua condição de vulnerabilidade parece ter sido determinante para separá-la do seu bebê. A avó materna já estava com um filho seu, razão pela qual identificamos que a família extensa poderia ter ficado com esse bebê, dispensando sua institucionalização. Confirmamos, nesse caso, como a família extensa também acaba sendo considerada incapaz de cuidados, mesmo demonstrando interesse. Assim, o bebê é abrigado, uma tragédia ocorre e ele falece, agravando o quadro de saúde mental dessa mãe que sofreu uma dupla violência estatal e já não pode mais ter filhos porque fez a laqueadura.

Já GILDA conta que, numa reunião, escutou repetidamente que um determinado hospital/maternidade estava cheio e, por conta disso, tinham que transferir mulheres. Ela não entendeu os motivos e pediu para ir até a UTI neonatal da unidade e assim relatou o que lá ocorreu:

Cheguei lá, é uma UTI pequena, tava cheia mesmo e tinha uma enfermeira com neném no colo, uma enfermeira em pé e ela só acalentava o bebê, ela só fazia acalantar e consolar o bebê, sabe, bebê saudável sem nenhum medicamento, nenhum procedimento, nada e ela embalando, embalando bebê em pezinho, só embalando o bebê. Aí normalmente UTI tem os meninos na incubadora, muito procedimento e eu falei “gente, esse bebê tá internadinho, por que é que ele tá aqui?”, “ah, não tá aguardando a Vara”, eu falei “o quê, aguardando a Vara aqui na UTI?”, aí ela falou “é”, a enfermeira não tinha nada com isso, aí eu tentei entender, o neném tava inconsolável, eu

falei “mas, a mãe, o pai?”, “não, a mãe e o pai não podem ficar com ele porque tá aguardando abrigamento”, eu falei “gente, eu não estou entendendo nada, não tô entendendo”, aí desci, voltei na reunião, tava lá o grupão, eu falei “gente, o que é que tá acontecendo?”, “ah, não porque agora a gente tem que notificar, todos os bebês que tem risco”, aí eu falei assim “esse bebê vai ficar... cadê a mãe e o pai?”, “ah, a mãe e o pai vem aqui todo dia, vem ver a criança todo dia, mas ela tá de alta”, eu falei “mas eu não tô entendendo, por que não estão juntos lá no alojamento conjunto?”, “não, porque ela não pode ficar com o bebê, a Vara... ele vai pra abrigamento”, “eles não querem ficar com bebê?”, “não, não, é porque ele é de risco”, começou aquela... sabe, não tinha jeito de explicar. Aí, nós ouvimos a assistente social explicar que ela foi obrigada a notificar, nós ficamos ouvindo lá a explicação de porque que o bebê tava na UTI sem ser um bebê doente, porque eles tiveram que dar alta pra mãe, a mãe tava de alta, o bebê ficou retido entre aspas e apesar do pai e a mãe irem lá todo dia, o único lugar pra ele ficar era a UTI porque não tem berçário, isso não existe, o bebê ou tá no alojamento conjunto com a mãe, às vezes, com algum medicamento, algum tratamento ou esperando a alta ou ele tá doente e vai pra UTI. Então, eles explicaram isso como se fosse a coisa mais explicável do mundo, nós ficamos revoltadas e a assistente social falou “eu não posso fazer outra coisa, tenho que obedecer, se não vai ser... eu vou ser processada. eu vou ser responsabilizada” e uma outra assistente social que tava com a gente, colega nossa, falou com ela, de colega pra colega “querida, não tem nada que te faça fazer algo que não seja certo, desobediência civil, não obedeça se não tá dentro da sua prática profissional, sua ética profissional, não faça”, aí vimos que tava acontecendo um absurdo.

Essa situação de manter um bebê saudável tornou-se comum nos hospitais e maternidades de BH após as normativas do MPE e do TJ-MG, expondo o desvirtuamento nos fluxos de trabalho e nas rotinas dos estabelecimentos de saúde. Em casos como esse, já se convencionou nomear dois tipos de alta hospitalar: a alta médica e a alta social. Do ponto de vista médico, os bebês estão saudáveis e deveriam ir para casa, mas como sua situação está sendo avaliada pela equipe de saúde e pela justiça, eles ficam internados e as mães são liberadas para ir para casa. Percebemos a inadequação desse tipo de procedimento, pois são bebês que deveriam estar com suas famílias, mas são obrigados a permanecer num ambiente inóspito, quase sem contato humano e sujeitos à contrair doenças.

No relato, a enfermeira tentava consolar um bebê inconsolável que não deveria estar ali, embora seus pais o visitassem diariamente, conforme foi colocado pela nossa entrevistada. Parece não haver dúvidas de que estamos diante de diversas violações de direitos desses bebês e dessas famílias que são afastadas compulsoriamente. Sobre isso, Lansky (2018) é assertiva quando afirma: *“É risco para o bebê não ficar com sua mãe. É risco para o bebê e para a mulher ficarem retidos em um hospital quando estão saudáveis. Isso não é boa clínica. Isso não é boa medicina”* (p. 205).

## 5.8 Analisando essas práticas de acolhimento institucional em BH: continuidades, rupturas e resistências

A partir da genealogia foucaultiana, pudemos reconhecer, nos relatos das nossas entrevistadas, como essa prática de abrigamento de bebês, filhos/as de mães em usuárias de SPA e/ou em situação de rua não é uma novidade. O acolhimento já integrava uma lógica anterior, inserindo-se, portanto, num contexto de continuidade. Sobre isso, a HELEN nos conta:

Antes dessa portaria, já tinha uma prática de encaminhamentos para o Juizado, pra Vara de Infância e Juventude, notificando que naquele dia ali, nasceu um bebezinho, filho de uma mãe que tinha envolvimento com álcool e drogas, ou álcool e outras drogas. Então já acontecia, de alguma forma, esse fluxo, por uma, uma..., uma prática da formação do assistente social principalmente e do ECA. O ECA, acho que esse ano mudou essa cláusula, tinha uma cláusula lá que dizia que a criança e o adolescente não pode ter contato com nenhuma pessoa adulta ou nenhum envolvimento com álcool e outras drogas. Então isso já acontecia de alguma forma. E aí, depois, veio essa portaria desse juiz. (...) Era uma prática que já acontecia, de certa forma, porque tava no ECA, tinha lá, né, uma cláusula do ECA que criança e adolescente não pode estar exposto à álcool e outras drogas, então baseado nessa cláusula que a coisa foi tomando, um pouco, corpo, do ponto de vista jurídico e as assistentes sociais começaram a fazer, sem crítica mesmo, uma coisa mais mecânica.

Vemos como a prática do acolhimento já fazia parte do trabalho, segundo nossa entrevistada, pelo tipo de formação no Serviço Social e pelo ECA. Conforme colocado anteriormente, de fato, o artigo 19 do ECA tinha uma redação que mencionava que toda criança e adolescente tem o direito de ser criado e educado pela sua família “*em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes*”. Esse artigo foi alterado recentemente pela Lei Federal nº 13.257 de 2016, ou seja, temos uma mudança legislativa importante nessa temática que pode e deve ser usada como argumento para que se deixe de separar mães e bebês sob essa justificativa.

As continuidades continuam se fazendo presente, de acordo com o relato de SARA que menciona a recorrência dos pedidos de acolhimento institucional, ainda que de modo muito menos frequente do que nos dias atuais:

Sempre existiu isso, sempre as maternidades... sempre existiu essa questão assim, alguns casos de comunicação de situações de vulnerabilidade após o parto que a maternidade verificou que a mãe é dependente química, ou que tava em situação de rua, pedindo que a Vara desse uma solução pro caso.

Então, isso sempre existiu. Desde 2011, que eu estava lá, eu via isso, só que assim, era uma questão muito mais pontual, sabe? Era um caso, a mulher chega em trabalho de parto, totalmente transtornada pelo uso do *crack*, casos mais graves, não era um volume tão grande, eram casos mais graves que a gente via.

Também podemos observar como as continuidades persistem em relação a outros temas, evidenciando as dificuldades de lidar com essas situações, conforme indicado no relato de HELEN a seguir:

Essa questão, ela começa a esbarrar em uma série de questões que são tabus na sociedade mesmo, a coisa da droga, do manicômio, da ideia de você ter esses sujeitos aprisionados... mulher... você fazer esse tipo de encaminhamento... o discurso moral, pessoal desses profissionais, então, às vezes, a discussão é até um pouco cansativa por isso, porque esbarrava no posicionamento moral, pessoal daquele trabalhador que, na maioria das vezes, não tinha acesso à leitura de redução de danos, de luta antimanicomial, não tinha, ele não tinha essa formação. Eles tavam ali meramente discutindo uma coisa gravíssima... e até as próprias funcionárias do juizado, as psicólogas, as assistente sociais, muito subjugadas, eram subjugadas ao poder do juiz assim, sem muita crítica e elas muito afetadas também porque não é moleza você trabalhar diariamente com essa situação, mães com bebês abrigados, isso deixa o profissional muito calejado.

Identificamos, a partir dessa fala, como as crenças e as questões morais continuam servindo como fundamento de condutas supostamente técnicas. A opinião pessoal de um/a profissional sobre um determinado assunto não deveria influenciar suas atividades de trabalho, porém, não podemos deixar de notar como esses aspectos morais acabam sendo ingredientes de um certo agir profissional. Os valores morais parecem não estar sendo deixados de lado na análise dos casos dessas mães que são julgadas *a priori*, muitas vezes, pela sua história pregressa. A partir de uma leitura de Nietzsche (1887/2004), podemos afirmar que a moralidade, nesses casos, acaba atuando como obstáculo ao surgimento de novos costumes que permitam outras leituras de realidade.

A entrevistada SARA traz algumas análises do contexto local que parecem relevantes para entender as relações de força e as questões institucionais em BH:

O que eu vejo, de fato, sobre essa questão dessas recomendações, eu acho que foi um equívoco completo do Ministério Público, a postura deles, assim, não nos parece ser nada protetiva, sabe, uma postura intransigente e bem isolada dentro da própria instituição Ministério Público. Então, os promotores da infância aqui, eles não... a fala deles não condiz com a fala da instituição Ministério Público, isso é uma coisa muito estranha também (...). Só que como eles são inamovíveis, não tem jeito de tirar eles de lá, a não ser se for uma coisa gravíssima, um processo administrativo, fica assim, aquele

tanto de cacique dentro da mesma instituição. Não sei, é muito esquisito isso, não tem assim uma voz da instituição em si, são várias vozes, na verdade a voz deles é isolada dentro da própria instituição, mas como eles são os da infância, predomina, mas eu acho um absurdo essas recomendações, eu não concordo.

A partir da fala acima, constatamos a complexidade do fenômeno, pois coexistem diferentes opiniões técnicas sobre o assunto por parte dos membros do MPE, sem que tenha sido explicitado um posicionamento, efetivamente, institucional em relação a isso. Diante desse silêncio do órgão, aliado a soberania do lugar que ocupam, já que são considerados inamovíveis, as possibilidades de diálogo diminuem significativamente.

Nossa interlocutora conta que participou de um evento que aconteceu em BH para divulgar a portaria da VIJ do TJ-MG para as instituições locais, onde o direito de defesa das famílias seria um dos pontos de pauta, em função das críticas que estavam sendo feitas sobre esse tema. Porém, SARA relata o que se sucedeu, de fato, sobre esse assunto:

Os casos continuaram acontecendo e uma vez, teve um caso, a gente conversou com uma juíza auxiliar, falamos com ela: “Tem que fazer audiência [com a família de origem], tá na portaria” e ela falou claramente: “Olha, eu só faço audiência se a família quiser entregar pra adoção, se não quiser entregar pra adoção, eu não vou ouvir”. Então assim, a gente viu que aquilo ali estava para inglês ver e não para ser cumprido.

Percebemos, a partir desse exemplo, a discricionariedade do Poder Judiciário ao definir quais tipos de situações cabem audiência com o TJ-MG e quais não, contrariando o que está colocado na própria portaria que formaliza o acolhimento compulsório de bebês de famílias vulneráveis. Vemos aqui o poder soberano, no sentido de Agamben (2010), que define o ponto de indiferença entre direito e violência, pois demonstra situações em que famílias não são escutadas em juízo quando, por direito, deveriam. Conforme visto nos casos e nos relatos das entrevistas, a ausência de audiências judiciais incorre em violações porque as famílias acabam perdendo o poder familiar, já que não tiveram o direito ao contraditório e a ampla defesa.

Já JÚLIA nos contou sobre os processos de trabalho, junto à assistente social, evidenciando continuidades e rupturas no seu cotidiano:

Quando eu cheguei, a assistente social que trabalhava, ela já tinha um modo de fazer que ela tinha criado, mas basicamente ela tinha uma conduta meio sem nuance em relação a esse caso de encaminhamento dos bebês para o Ministério Público, era a mesma conduta sem analisar muito cada caso. Então, o que ela fazia? Se ela escutava algum relato de vulnerabilidade, seja

por alguma vivência de rua ou uso de drogas por parte de qualquer pessoa da equipe ou de algum familiar da paciente ou da própria paciente, ela simplesmente fazia o relatório e encaminhava o caso ou pro Conselho Tutelar ou pro Ministério Público, sem fazer uma avaliação um pouco mais aprofundada. (...) Eu comecei a achar que tava um pouco sem critério, às vezes, uma mãe que ela entendia que tava numa situação de grande vulnerabilidade, às vezes, eu fazia o atendimento e eu via que era uma mãe que fazia uso pontual de drogas, por exemplo, que não tinha porque ter uma repercussão de enviar um relatório, de acionar Conselho Tutelar, de acionar a rede e aí eu fui discutir isso com a coordenação na época, de falar que tinha alguns casos que eu achava que o Serviço Social que não tava fazendo uma avaliação criteriosa, caso a caso, pra poder fazer os encaminhamentos dos casos, seja pro Conselho Tutelar, seja pro Ministério Público, pra Promotoria da Infância. E aí, no começo, como a assistente social que tava lá na época, trabalhava há muito tempo dessa maneira, ela não teve tanta abertura pra mudar o processo de trabalho dela. Então o que a gente fez, nessa época, foi fazer uma avaliação separada dos casos, a gente fazia o nosso próprio relatório com a nossa própria avaliação, não fazia o relatório junto com o Serviço Social e assim, eu comecei a me posicionar, discordando de alguns casos que eram encaminhados, né, assim de falar que “olha, eu fiz uma avaliação psicológica, tal paciente não tá numa situação de dependência química, então o que implica que não há uma vulnerabilidade, que não precisa de uma conduta em relação a esse bebê”. Então, a gente começou a ter um posicionamento um pouco diferente, porque em vários casos eu comecei a discordar, comecei a achar estranho, comecei a achar que não tava sendo feito uma análise ali junto com a paciente, junto com a família dela, tava sendo feita uma conduta única.

Nesse relato acima, observamos que a assistente social parecia generalizar os casos que envolviam o uso de SPA, adotando um protocolo único, independente das características apresentadas pelas gestantes e mães no serviço. JÚLIA não concorda com essa conduta profissional e rompe com essa lógica, adotando avaliações separadas, possibilitando discordâncias técnicas. Com esse relato, notamos a dinamicidade do poder, nos termos de Foucault (2013), na medida em que mudanças são possíveis no cotidiano, através do exercício das relações de poder que são capazes de estabelecer outras lógicas de funcionamento e instituir novas realidades.

A questão específica da formação em Serviço Social que já foi mencionada pela HELEN e foi questionada por JÚLIA no seu cotidiano de trabalho, também será problematizada pela TINA que é assistente social. Ela participou de uma reunião no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) em BH solicitada pelas assistentes sociais das maternidades e hospitais para discutir a questão do acolhimento de bebês e assim nos relatou:

Teve uma fala que me marcou muito, que elas falavam assim “porque agora, a gente tem um respaldo de um papel, então se vem um pai que quer judicializar, a gente judicializava, mas aí vem o pai na porta da maternidade,

queria matar a gente, ficava ameaçando, então agora a gente pega e mostra o papel e fala não somos nós, é o MP”. Então, sinceramente, não acho que passa por um medo e um receio do Ministério Público, eu acho que passa muito mais por um desejo mesmo das assistentes sociais e que, de alguma forma, foi reconhecido pelo MP, sabe? Eu acho que, por inúmeras questões assim, a formação em Serviço Social na maioria das universidades ainda tem uma formação muito cristã, por mais que você tenha um movimento da década de 1970, da reconceituação do Serviço Social que entra o Marxismo e aí vai entrar a questão de classe, de raça e tal, não acho que isso é absorvido, de fato, pela categoria, boa parte da categoria entra com essa visão de “vamos fazer um assistencialismo, vamos proteger essas pessoas a qualquer custo” (...). Eu acho que é muito essa visão moralista, de um ideal meu, branco, de classe média, desse ideal da maternidade, de que as mulheres precisam amar seus filhos, de que as mulheres precisam abdicar de tudo da sua vida pra viver em função do filho. E o que é muito interessante é que são mulheres punindo mulheres, majoritariamente são mulheres as assistentes sociais, mas tem claramente um recorte de gênero assim e uma punição pelo fato de você não ser uma mulher como eu.

Essa análise nos possibilita compreender como as recomendações do MPE encontram eco na conduta profissional de assistentes sociais que entendem ter respaldo com a normativa para agir como já faziam anteriormente. Outros aspectos ficam mais evidentes com essa reflexão da TINA que vão além de uma simples obediência e um medo de retaliações. Há assistentes sociais que concordam com essas recomendações do MPE, por isso, estão realizando as comunicações dos casos. Há um viés de classe que não podemos ignorar, nesse fenômeno do acolhimento compulsório de bebês, considerando que são mulheres de classe média, profissionais, que estão avaliando e decidindo sobre a vida de mulheres e seus bebês, advindos de classes desfavorecidas.

Segundo Foucault (2013), podemos perceber como a racionalidade específica que está subsidiando esse tipo de prática encontra fundamento na seara da proteção, mas ao esmiuçar tais argumentos, sobressaem justificativas do campo da moralidade. Temos uma racionalidade governamental que preconiza a proteção dos bebês, em detrimento de mães consideradas incapazes, entretanto, o que se pretende com uma determinada ação é bastante distinto do que efetivamente ocorre. Nesse sentido, precisamos ponderar sobre os efeitos desse tipo de racionalidade que está impondo a separação de centenas de famílias vulneráveis.

Ainda no que diz respeito à questão da seletividade do público que vivencia a separação familiar nas maternidades, nossa interlocutora SARA relata:

Eu duvido que alguma maternidade particular tenha notificado algum caso. Imagina o processo que esse médico vai responder? Então assim, isso não acontece. Agora, os juízes entendem que isso não acontece porque a família tem estrutura pra apoiar e é o que a gente fala, ok, a família tem estrutura pra

apoiar, claro, tá certo, a mãe tá lá, usuária de droga, a família interna ou a avó vai lá e fala “eu vou cuidar do bebê”, obviamente eles liberam o bebê. Agora por que que uma avó pobre não pode ir lá e falar assim “libera que eu vou cuidar do bebê”? “Ah, não, pra avó pobre tem que entrar com ação de guarda, tem que passar no Judiciário”, entendeu?

Confirmamos, com o exemplo acima, como ter condições financeiras significa supostamente ter estrutura para cuidar do bebê, demonstrando uma discricionariedade de condutas para famílias pobres e famílias que não são pobres. Não identificamos nenhum caso de mulher de classe média ou alta que teve seu bebê acolhido por uso de SPA, ao longo da nossa pesquisa, nos levando a concluir como essa prática está limitada a uma população característica.

Já nossa entrevistada GILDA não esconde seu descontentamento quando fala sobre o posicionamento das equipes de saúde, especialmente das maternidades e hospitais de BH:

Como que as maternidades não veem o que elas estão fazendo? Como é que os médicos não veem o que eles tão fazendo? Como que as enfermeiras não veem o que elas estão fazendo? Como é que lavam as mãos? Porque, pra mim, uma questão muito importante é como que os médicos se tornaram cúmplices dessa história, lavaram suas mãos e deixaram isso estourar na assistência social e na psicóloga que são, em geral, frágeis, que escrevem relatórios superficiais, preconceituosos, que julgam, se veem no direito de fazer um abuso de colocar no relatório julgamentos do tipo “a mulher tem vários companheiros” ou “é promíscua, não fez pré-natal, teve sífilis”.

Com essa provocação feita pela interlocutora, podemos vislumbrar como a classe médica não apareceu na nossa investigação, tanto nos documentos como nos relatos das pessoas entrevistadas. Somente GILDA, uma médica, convoca sua categoria profissional e demonstra se sentir autorizada para expressar críticas explícitas aos médicos/as que estão participando dessa prática. Essa invisibilidade poderia até sugerir uma não participação da classe médica nesses acontecimentos, porém, sabemos que a decisão de internar e manter um bebê saudável numa UTI neonatal não caberia a outro profissional. As controvérsias são tantas, nesse campo, que, conforme mencionado antes, existem dois tipos de alta: alta médica e alta social. Inferimos que, junto com cada bebê saudável que permanece internado, existe um/a profissional da Medicina atestando essa situação.

Já em relação às rupturas e resistências, HELEN agrega algumas reflexões:

A gente foi os primeiros a falar assim “tá errado, vamos barrar isso, tem que ter um manejo maior pra poder tomar essa decisão”. Então, a gente começou a se tornar um pouco resistente à isso, só que isso gera muito conflito na equipe, né, só que é uma mudança de mentalidade porque aí com o tempo, a

gente consegue discutir o caso com a enfermeira... e aí a gente foi construindo, eu lembro que isso foi uma construção, fomos um dos primeiros locais a tomar a frente da discussão e falar “olha, não é bem assim que essa portaria vai funcionar”, a gente precisa discutir com a rede, outras pessoas da rede precisam vir discutir com a gente porque não é justo a gente segurar essa demanda, segurar o rojão na hora que o bebê nasce. Isso tem que ser uma coisa desde o pré-natal, “ah, essa mãe não faz pré-natal, então se essa mãe não faz pré-natal, tem uma falha da rede de assistência também que não conseguiu captar essa mulher lá no início, nem que seja abordagem de rua, qualquer tipo de serviço. Aí começou a discussão mais ampliada aqui na rede porque essa portaria veio e, à princípio, foi acatada, muito sem crítica pelos profissionais das maternidades e hospitais, só os públicos... com mulheres brancas, nunca vai acontecer isso.

Percebemos como as resistências vão se produzindo no cotidiano do trabalho, a partir de questionamentos e reflexões de pessoas que se propõe a pensar, mais do que apenas simplesmente acatar o que é imposto. Um dos enfrentamentos se deu pela não notificação dos casos e pela articulação em rede a respeito das mulheres que recebiam alta hospitalar:

Então, a primeira iniciativa seria essa, que essas altas hospitalares, com bebê abrigado ou não, precisaria se dar com a rede inteira sabendo daquele caso, tem que botar a boca no trombone “ó, tá aqui uma mãe, fulana de tal, o bebê vai ser abrigado ou não vai ser abrigado, ela é da região tal, centro de saúde tal, CAPS tal, Cras tal, quem vai assumir esse caso?”. Então, a rede começou a ter que conversar um pouco mais pra poder amarrar melhor os casos. Esse é o primeiro passo assim. Na verdade, deveria funcionar pra todos os casos, não só nesses casos... Aí formou um grupo no facebook de discussão, agregando pessoas que estão pensando essa questão. Chama “De quem é esse bebê?”. Aí os outros movimentos, os movimentos de mulheres do parto humanizado começaram a participar desse debate e fazer pressão quando tinha um debate público, uma audiência ou alguma outra coisa, o conselho municipal de saúde, os movimentos de mulheres começaram a ir, as ONG’s, os movimentos de mulheres começaram a fazer pressão também...

Essas iniciativas nos permitem analisar as relações de poder e a possibilidade de adotar contracondutas diante das imposições. A organização e articulação dessa rede, como a própria HELEN reconhece, deveria ocorrer para todos os casos e não apenas para alguns. Nesse sentido, cabe uma reflexão a respeito dos motivos que impedem que esse trabalho em rede não se concretize.

GILDA também descreve como as resistências tiveram resultados concretos, apesar da prevalência moral nas maternidades, hospitais e na promotoria da infância de BH:

Conseguimos organizar melhor essa atenção [na saúde] e visivelmente começou a diminuir, começou a segurar, começou a ter esse constrangimento na hora de delatar na maternidade, nós começamos a chamar de sequestro de bebês, né, só que o que a gente queria era

sensibilizar as maternidades pra pararem de fazer isso, como aconteceu com a atenção primária, não aconteceu nada na atenção primária, ninguém delatou nenhuma mulher, mas na maternidade não, eles continuaram, começaram porque são reacionários, porque são... porque deixaram isso... não tem essa visão de mundo, eles acham que realmente esses bebês estão protegidos dessas mães más, que a família extensa não adianta porque foi a que produziu essa mulher incompetente. Nós perguntamos isso em reuniões com testemunho, “Doutora Promotora, mas essa mãe... a avó queria ficar com a criança, vocês não procuraram a avó, a família queria ficar com a criança”, “Ah, não, mas essa avó era cigana, como é que eu vou deixar um bebê com uma avó cigana?”, assim.

Ao falar sobre essas mães e como acredita que essas situações devam ser enfrentadas, nossa interlocutora GILDA afirma:

Essas são mulheres que precisam de outra entrada na vida, pra exercer sua possibilidade de maternidade. A maternidade é o momento que muita coisa pode ser transformada, acho que o principal desafio, vou te falar, é a mentalidade da população [risos], é a visão que não inclui, não valoriza o diferente, julga o tempo todo, tem um padrão, tá todo mundo dominado. Tem um sistema que definiu o que é um padrão de felicidade, muito relacionado à um padrão de consumo e se você não tá nisso, se você não funciona, não tem um trabalho escravizante, se você não for massacrado, você não tá bem enquadrado, você não presta, acho que é isto, é a questão moral mesmo.

Já TINA ironiza e defende que seja retomado o que já se tem sobre o assunto, ou seja, o que o ECA preconiza. Ela acredita que, para compreender o que está ensejando essas práticas, apenas a visibilidade do tema e a voz dos movimentos sociais pode fornecer a dimensão do problema:

Acho que a primeira coisa é queimar essas portarias e as recomendações [risos], a gente não precisa disso, a gente tem o Estatuto da Criança e do Adolescente que lá já tá regulamentado quais são os direitos dos bebês, das famílias. Então, de fato, se a gente seguisse o que está no ECA, ninguém aqui tá defendendo “ó, deixa as mães com recém-nascidos na rua”, não é isso, mas antes você já tinha esse direito garantido, antes o direito e a punição de alguma forma também, antes as maternidades já avaliavam que, em algumas situações, as mulheres não podiam sair de lá com os bebês. Então, é na verdade a gente retomar o que a gente já tem e que vem inclusive enquanto uma lei federal que deveria estar acima dessa portaria aqui de Belo Horizonte que é a gente trabalhar, de fato, a partir do que o ECA tem apontado. Aqui, em Belo Horizonte, a partir desse cenário que a gente tem, o único caminho que eu vejo é a partir dos movimentos sociais (...), é dar visibilidade, os movimentos sociais conseguirem ter voz em relação a isso e a gente descobrir qual a profundidade, de fato, desse buraco.

Considerando as necessidades específicas desses casos mulheres gestantes que usam SPA e/ou estão em situação de rua, e o que poderia ser feito, de inovador, para dar conta dessa realidade e romper com o que já está dado, JÚLIA afirma:

O que a gente queria [é] que fosse criado esse novo equipamento na rede, que fosse uma casa da gestante que pudesse acolher tanto ela quanto o bebê dela, enquanto uma situação mais estruturada fosse montada porque assim, eu achava que era o grande problema: ou a gente tinha um hospital/maternidade com uma mãe gastando um leito e com um bebê, às vezes, gastando um leito de UTI ou a gente tinha um abrigo. Cadê alguma coisa no meio do caminho? Então assim, se tivesse esse equipamento, algum órgão da rede que fizesse esse meio do caminho, no molde de casa da gestante, de um abrigo específico pra mãe junto com bebê, eu acho que ia ser uma solução, enquanto a rede vai se estruturando, então você deixa aquela mãe ali, enquanto ela vai criando vínculo com bebê, um vínculo assistido por uma equipe preparada, enquanto isso, você vai tentando acionar o Centro de Saúde, você vai tentando acionar a família, você vai tendo tempo de conseguir uma solução alternativa e o conselho tutelar bancando isso, bancando isso junto, não abandonando esse barco, falando “não, nós vamos acompanhar, nós vamos fazer um acompanhamento periódico”, o Centro de Saúde da mesma forma, preparar pra poder acompanhar mais de perto esses casos, então assim montar essa alternativa entre o hospital e o abrigo.

Essa alternativa sinalizada pela JÚLIA se concretizou parcialmente, como pudemos verificar com a criação de um abrigo para bebês de até um ano com a presença diária das mães, mas sem a estadia permanente delas na casa. Com esse “novo” acolhimento institucional, podemos confirmar como a proteção continua sendo direcionada exclusivamente aos bebês, sendo as mães secundárias nesse contexto. As ações governamentais priorizam os bebês, demonstrando que essas mulheres não merecem cuidados, ou ainda, seguem representando algum tipo de risco para seus filhos. Isso porque, embora o consenso da saúde e da assistência social tenha sido pela criação de um abrigo que acolhesse mães e bebês conjuntamente, o MPE se posicionou contrariamente pela permanência das mulheres no acolhimento. Nesse sentido, caminhamos na continuidade de questões morais e ideológicas que parecem estar se sobrepondo às questões de cuidado e atenção em saúde. Sobre essa questão, SARA relata:

O Ministério Público não aceitou que a mãe ficasse junto com o bebê porque, no entendimento deles, a criança estaria ali sendo exposta a risco, então, no final das contas, foi aprovada a criação de uma casa onde o bebê fica, a mãe passa o dia, vai visitar, mas não dorme, a mãe não fica lá junto. A mãe não está acolhida com o bebê, ela vai lá visitar, ou seja, o que tem hoje é mais um abrigo, assim, era para ser um diferencial e hoje é um abrigo, talvez um abrigo com uma visita maior, estendida, mas continua sendo um abrigo.

A partir do exposto, conseguimos perceber as correlações de força, os jogos de verdade e os posicionamentos dos principais órgãos e instituições que estão compondo o cenário em BH em relação ao acolhimento institucional de bebês. Organizações da sociedade civil e alguns órgãos estatais da capital mineira estão empenhados em dar visibilidade a essa pauta, cruzando as fronteiras de Minas Gerais e ensejando questionamentos por parte de instituições federais como o CFESS, o CONANDA, o MS e o MDS.

A criação de um abrigo diferenciado para bebês pode ser analisado como favorável, embora não permita o acolhimento das mães, persistindo o fundamento da moralidade. Ao mesmo tempo, a suspensão da portaria do TJ-MG também deve ser compreendida como algo importante, no sentido de começar a barrar esse tipo de prática. Porém, identificamos que a questão parece estar longe ser finalizada, em função do tipo de racionalidade específica que subsidia essas ações. Isso porque a inexistência de normativas que oficializam essa prática não significam que essas ações arbitrárias deixarão de ocorrer.

Por fim, avaliamos que as próximas cenas virão a partir da decisão da Corregedoria do TJ-MG em relação a nova minuta da portaria sobre o assunto que foi apresentada, demonstrando que apesar da antiga portaria estar suspensa, o jogo de forças envolvendo o acolhimento institucional de bebês parece manter a lógica de recolher bebês de mulheres vulneráveis na capital mineira.

## 6 OS RASTROS DO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE BEBÊS EM SÃO PAULO (SP): “é uma coisa que ninguém quer discutir direito, você discute os casos isolados”

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

JUDITH BUTLER – *Corpos em aliança e a política nas ruas*

O Estado de São Paulo possui uma população estimada em torno de 45 milhões de pessoas, sendo que, apenas na cidade de São Paulo, estariam aproximadamente 12 milhões de habitantes, de acordo com dados do IBGE de 2018. Trata-se do Estado com a maior população no país e sua capital não só é o município mais populoso do Brasil, como de todo o continente americano.

O índice de desenvolvimento humano (IDH) do Estado de São Paulo foi de 0,783, considerado alto, enquanto que o IDHM da capital foi de 0,805, considerado muito alto, estando na faixa mais elevada dos estudos feitos com esse tipo de indicador. Ambos dados são de 2010 e constam nas estatísticas gerais do IBGE. Podemos perceber como esses índices mascaram profundas desigualdades, pois consideram que a população paulista, de um modo geral, tem expectativa de vida, educação e renda nos níveis mais altos. Mesmo havendo a criação de um índice municipal que tem o objetivo de minimizar essas diferenças, observamos que a capital apresenta um indicador ainda mais alto do que o IDH geral do Estado.

Inicialmente, é importante situar que nossa escolha por incluir São Paulo na presente pesquisa teve relação com o fato de termos encontrado, no nosso levantamento documental inicial, notícias de que o acolhimento institucional de bebês estaria ocorrendo nos mesmos moldes de Belo Horizonte/MG.

Nosso primeiro contato se deu com uma matéria da cidade de Bauru, no interior de SP, intitulada *“Justiça amplia atenção sobre recém-nascidos filhos de usuárias de crack”*<sup>25</sup>. A notícia assim descrevia a situação: *“O avanço do crack fez com que a Justiça de Bauru, por meio da Vara da Infância e Juventude, tomasse uma medida drástica, determinando o acolhimento preventivo e compulsório dessas crianças em abrigos”*. Essa medida drástica mencionada pelo jornal refere-se à uma portaria da VIJ que solicita que os casos de gestantes

<sup>25</sup> Disponível em: <https://www.jcnet.com.br/Geral/2015/04/justica-amplia-atencao-sobre-recem-nascidos-filhos-de-usuarias-de-crack.html>. Acesso em 13 mai 2015.

que relatem ser dependentes químicas, tenham pré-natal irregular (menos de três das seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde) e cujos filhos, eventualmente, nasçam com síndrome de abstinência, com sintomas como, por exemplo, baixo peso e taquicardia, sejam comunicados à Vara.

No entanto, além dessa situação da cidade de Bauru, não conseguimos localizar outras experiências no Estado de São Paulo semelhantes ao que vem ocorrendo em Belo Horizonte/MG. Encontramos apenas algumas notícias esparsas na imprensa local de algumas cidades e na capital do Estado que detalharemos posteriormente. Diante dessa ausência de registros e sistematizações oficiais sobre a prática de acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, não obtivemos nenhum dado quantitativo relevante sobre o tema.

#### 6.1 O que os documentos dizem sobre essas mulheres e seus bebês

Realizamos um levantamento documental que nos trouxe outros materiais sobre o assunto. Avaliamos que são documentos com análises relevantes em relação à separação entre mães e seus filhos, razão pela qual foram incluídos na nossa pesquisa e estão listados no quadro abaixo.

Quadro 6 - Lista de documentos locais (de SP) e nacionais que abordam a prática do acolhimento institucional de bebês e os encaminhamentos às mulheres que fazem uso de SPA e/ou estão em situação de rua

|   | <b>Documento</b>                                                             | <b>Data</b> | <b>Autoria</b>                                                                                                | <b>Assunto</b>                                                                                                | <b>Local</b> |
|---|------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1 | Relatório de Pesquisa – Realidade social, direitos e perda do poder familiar | 2013        | Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas e Práticas Sociais com Famílias da Universidade Cruzeiro do Sul | Descreve os dados da pesquisa realizada na cidade de São Paulo, no período de 2010 a 2013                     | São Paulo/SP |
| 2 | Nota Técnica Conjunta nº. 001 – SAS e SGEP                                   | 16/09/15    | Ministério da Saúde (MS)                                                                                      | Apresenta diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação | Brasília/DF  |

|   |                                                                                               |                |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |              |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|   |                                                                                               |                |                                                                                                  | de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos                                                                                                                     |              |
| 3 | Portaria nº. 96                                                                               | 28/04/16       | Prefeitura Municipal de Jundiaí                                                                  | Institui o Grupo de Trabalho Flor de Lótus para articular casos de gestantes usuárias de álcool e outras drogas de Jundiaí                                                                   | Jundiaí/SP   |
| 4 | Nota Técnica Conjunta nº. 001/2016                                                            | 10/05/16       | Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)           | Apresenta 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/DF  |
| 5 | Nota Técnica sobre o exercício da maternidade por mães que fazem uso de crack e outras drogas | Agosto de 2016 | Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região (CRP/SP)                                             | Orienta a categoria profissional a respeito do exercício da maternidade de mães que fazem uso de drogas                                                                                      | São Paulo/SP |
| 6 | Relatório de Pesquisa – Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo       | 2017           | Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP) | Apresenta aspectos da realidade enfrentada por mães e gestantes, usuárias ou não de SPA, em situação de rua, na cidade de São Paulo                                                          | São Paulo/SP |
| 7 | Nota Pública – CONANDA                                                                        | 19/10/17       | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do                                                   | Repudia toda e qualquer medida do Sistema de Garantia de Direitos que                                                                                                                        | Brasília/DF  |

|   |                                                                                                       |          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                 |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|   |                                                                                                       |          | Adolescente<br>(CONANDA)                         | autorize a retirada<br>compulsória de bebês de<br>mães usuárias de SPA                                                                                                                                                               |                 |
| 8 | CFESS<br>Manifesta “O<br>Serviço Social e<br>o direito à<br>convivência<br>familiar e<br>comunitária” | 06/02/18 | Conselho Federal<br>de Serviço Social<br>(CFESS) | Emite posicionamento e<br>orientação sobre a<br>atuação intersetorial da/o<br>assistente social no<br>atendimento de mães<br>usuárias de SPA, frente<br>ao contexto de violação<br>de direitos que vem se<br>produzindo nesse espaço | Brasília/<br>DF |

O Relatório de Pesquisa da Universidade Cruzeiro do Sul (doc. 1) desenvolveu uma investigação, no período de 2010 a 2013, na cidade de São Paulo que objetivou conhecer a realidade de mães e pais que perderam o poder familiar de algum dos/as filhos/as. Um dos braços dessa pesquisa foi o estudo dos autos processuais de seis VIJ, das onze VIJ existentes na capital paulista. Foram escolhidas VIJ que representassem todas as regiões da cidade, totalizando a análise de 96 processos judiciais que sentenciaram pela destituição do poder familiar. Esses autos significaram o envolvimento de 121 pessoas, sendo 66 processos em que figurava apenas a mãe, 5 processos somente com o pai e 25 processos que havia ambos os pais. De modo mais simplificado, foram pesquisados os autos que envolviam 90 mães e 31 pais. Em relação às entidades de acolhimento, esse relatório informou a existência de 132 serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes distribuídos por todas as regiões da capital.

A predominância de mulheres, nesses processos, seja pela presença como principal responsável, seja pela suposta ausência de cuidados, emerge como protagonista nos casos de destituição do poder familiar. Temos, então, mulheres e crianças em situações de alta vulnerabilidade, exigindo medidas de proteção quase que imediatas, enquanto que o pai aparece pouco nesses autos.

No que tange ao encaminhamento desses casos para o Poder Judiciário, consta, em primeiro lugar, que as iniciativas se deram por meio de instituições de saúde onde a criança nasceu ou onde teve algum atendimento (36%). Em segundo lugar, os guardiões (de fato ou de direito) que estavam com a criança (22%) e, em terceiro lugar, os conselhos tutelares (15%).

Sobre os motivos do rompimento dos vínculos familiares, aparece, em primeiro lugar, o abandono sob cuidados<sup>26</sup> (28%); em seguida, a dependência química, sendo álcool, *crack* e/ou drogas não especificadas (24%); entrega espontânea (11%); falta de condições materiais (9%); negligência (7%) e violências diversas (5%). Vale destacar que esses motivos elencados podem se sobrepor, pois configuram-se como expressão de diferentes vulnerabilidades.

O direito de defesa por parte das famílias se deu através da Defensoria Pública na maioria dos casos (67%), ainda que, em uma parte desses processos, os pais não tenham sido localizados, certamente fragilizando a qualidade dessa defesa. Os demais processos foram concluídos sem a Defensoria (24%) e, finalmente, também houve autos sem essa informação registrada (9%).

Nos processos em que havia uma argumentação contrária à destituição do poder familiar por parte da Defensoria, utilizando-se a falta de acesso aos direitos sociais, foi possível observar que tais elementos raramente foram considerados na decisão final. Já que a atuação da Defensoria Pública não foi capaz de influenciar nesses casos, parece que sua participação se deu apenas para cumprir os ritos processuais. Diferentemente das manifestações do Ministério Público que, na maioria das vezes, no curso do trâmite processual, foram levadas em conta, no sentido de responsabilizar individualmente os pais. Esses dados nos levam a pensar que as condições sociais das famílias não são relevantes na formulação das decisões judiciais. Assim como a falta de proteção social para esses grupos vulneráveis sequer foi considerada como aspecto que exigiria análises específicas.

Os registros feitos nesses autos processuais apresentaram avaliações moralizantes em relação a essas mães que estavam sendo destituídas do poder familiar, como podemos ver no exemplos, a seguir, em distintos casos: *“A ré é usuária de drogas (crack) desde seus 14 anos e vive pelas ruas, sem atividade honesta e sem aceitar orientação para o tratamento da dependência química”* (p. 100); *“Apesar do inúmeros encaminhamentos, não procurou tratamento para livrar-se da dependência química e, além disso, pouco visitou os filhos na entidade de abrigo”* (p. 109); *“O uso de drogas durante a gestação e a recusa da requerida em continuar o tratamento contra drogadição demonstram abandono e desinteresse pelo futuro filho, vez que não buscou-se estruturar para ter o menino em sua companhia”* (p. 109).

Podemos observar a força da moralidade incidindo diretamente nas avaliações dos casos, sem qualquer aprofundamento, relacionando diretamente o uso de SPA e o desinteresse pelos/as filhos/as. Expressões como: “sem atividade honesta”, “ter visitado pouco os/as filhos

---

<sup>26</sup> O abandono sob cuidados deve ser entendido, no contexto dessa pesquisa, como os casos em que a criança foi abandonada em alguma instituição ou deixada com terceiros sem legalização da situação.

no abrigo” e “não ter buscado se estruturar para ter o menino em sua companhia” falam explicitamente de valores morais e determinadas condutas que não foram atendidas, segundo as pessoas que as avaliaram. Não há nenhuma análise que considere a história mais ampliada dessas mulheres e os motivos que levaram as famílias a estarem nessa situação.

A questão de uma suposta dependência química é central nessas avaliações, na medida em que a não adesão ao que foi orientado é suficiente para determinar a incapacidade dessas mães em ficarem com seus filhos. Não há qualquer descrição sobre que uso de SPA é feito, nem quais tratamentos foram ofertados, no sentido de construir saídas condizentes com a realidade dessas mulheres. A associação direta entre essa não aderência e o desinteresse pelo filho são reveladoras da moralidade que permeia essas avaliações consideradas técnicas.

No esteio dessa discussão, as ações governamentais destinadas a essas pessoas ficam circunscritas à esfera da criminalização e do encarceramento, sem possibilidade de pensar outras alternativas mais humanizadas que visem cuidados e não apenas punição.

O próximo documento já foi analisado no capítulo anterior e diz respeito a uma orientação do Ministério da Saúde na forma de uma Nota Técnica (doc. 2). Podemos perceber como esse tipo de normativa também é capaz de provocar discussões locais, produzindo ações que vão na contramão do que está ocorrendo em Belo Horizonte/MG e outras capitais do país.

É o caso do CMDCA da cidade de Piracicaba, no interior paulista, que diante dessa Nota Técnica, articulou o debate do tema com o CMS e o CMAS do mesmo município, gerando uma resolução conjunta sobre o assunto. A notícia intitulada “*Gestantes de rua: Conselhos publicam resolução*”<sup>27</sup> relata que todas as mulheres em situação de rua ou que estiverem usando a rua para sua sobrevivência deverão ter o acesso e acolhimento humanizado nas unidades básicas de saúde. A assistência social deverá ajudar as mulheres que não possuem documentação pessoal, considerando que essa é um das principais dificuldades enfrentadas por essas mulheres nos serviços de saúde. Essa resolução conjunta dos conselhos municipais visa diminuir esse tipo de dificuldade, criando um protocolo que deve ser seguido pelos equipamentos de saúde, ao mesmo tempo em que se deve ter um acompanhamento da gestação dessas mulheres.

O terceiro documento analisado foi uma portaria da Prefeitura Municipal de Jundiá (doc. 3) que instituiu o grupo de trabalho Flor de Lótus em 2016 para articular casos de gestantes usuárias de álcool e outras drogas na cidade. De acordo com Rios (2017), trata-se de

---

<sup>27</sup> Disponível em: <http://www.gazetadepiracicaba.com.br/conteudo/2016/11/home/456620-gestantes-de-rua-conselhos-publicam-resolucao.html>. Acesso em 3 jul 2018.

grupo e/ou comissão intersetorial de diferentes instituições de Jundiaí que teve como objetivo principal construir um fluxo de atendimento dessas mulheres e seus bebês.

Esse grupo está constituído por representantes de diversas instituições do campo da assistência social, da justiça e da saúde: Defensoria Pública, Consultório de Rua, Coordenação de Saúde Mental, CAPS, CAPSad, CAPSij (infanto-juvenil), CREAS, CREAS Pop, Conselho Tutelar, Hospital Universitário, NASF, Ambulatório de Saúde da Mulher, Referência Técnica em Saúde da Mulher e Enfermagem, Comitê Crack é Possível Vencer, Rede Cegonha, Setor Técnico do Fórum de Jundiaí (RIOS, 2017).

Nos anos de 2015 e 2016, essa comissão acompanhou, de modo sistemático, 65 mulheres, inclusive os desdobramentos após a alta da mãe e do bebê. Segundo Rios (2017), os desfechos desses casos foram os seguintes: acolhimento institucional/familiar do bebê (35%), guarda com a família extensa (20%), guarda com a mãe (17%), sem informações (12%), mudança (6%), óbito do bebê (6%), acolhimento institucional da mãe e do bebê (2%) e prisão (2%).

Diante dos desafios apresentados, um subgrupo dessa comissão se organizou para construir diretrizes conjuntas de atuação, no sentido de promover cuidados, por meio de relações horizontais e intersetoriais. Eles alinharam que o trabalho de acompanhamento dessas mulheres deveria ser dividido em três etapas: pré-natal; parto e nascimento; e puerpério e saúde da mulher e da criança. Nesses diferentes momentos, o grupo considerou a importância de listar e pensar quais são os problemas identificados e as recomendações para essas três etapas. Um dos pontos de tensão foi a questão da alta médica e a lógica do biopoder como sendo algo independente do trabalho da comissão, não cabendo ingerência de outros técnicos nessa decisão. A criação de um serviço institucional que acolhesse mães e bebês conjuntamente também foi pensado por esse grupo como uma alternativa importante (RIOS, 2017).

Nesse sentido, identificamos que a cidade de Campinas, no interior paulista, apresentou uma iniciativa interessante, através da criação da Casa da Gestante<sup>28</sup> que foi inaugurada em dezembro de 2015. Isso é resultado de um grupo de trabalho intersetorial que conseguiu formalizar um convênio entre a Prefeitura Municipal e o Instituto Padre Haroldo que disponibiliza o acolhimento institucional para mulheres gestantes e seus filhos de até seis

---

<sup>28</sup> Para mais informações sobre o trabalho da Casa da Gestante, ver vídeo do evento: “Dialogando sobre o direito de ter/ser mãe: Mulheres em situação de rua e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas e seus/suas bebês” que ocorreu em maio de 2017 e foi organizado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=scaeV3qXByo&index=7&list=PLCITLRQjmWszHFI-Ftcpls-48DBbmT9kb&t=0s>. Acesso em: 15 jul 2017.

anos de idade que estejam em situação de vulnerabilidade, seja pelo uso de SPA e/ou vivência de rua. A Casa da Gestante pode receber até 20 mulheres com seus filhos pequenos, tendo um atendimento individualizado e intersetorial, possibilitando pré-natal, assistência ao parto, incentivo ao aleitamento materno, fortalecimento de vínculos familiares, inserção em projetos de geração de renda, dentre outras possibilidades<sup>29</sup>.

Avaliamos que ações dessa natureza contribuem para que os direitos dessas mulheres e seus filhos sejam garantidos, proporcionando condições de vida digna e perspectivas de autonomia e independência. Além disso, também foi possível reconhecer que o índice de acolhimento de crianças de zero a três anos caiu 60% no município de Campinas, em função da Casa da Gestante e outros serviços que trabalham com mulheres em situação de alta vulnerabilidade social, indo na contramão de cidades que estão separando mães e seus bebês. O cuidado familiar na primeira infância, notadamente nessa faixa etária de crianças até três anos tem sido prioridade na gestão pública e os números confirmaram a eficácia da estratégia adotada pelo município que é o terceiro maior do Estado, do ponto de vista populacional. Em 2014 e 2015, houve 18 bebês abrigados. No final de 2015 foram criados os serviços de acolhimento conjuntos para mãe e bebê, resultando em apenas cinco acolhimentos de bebês em 2016 e oito em 2017<sup>30</sup>. Para uma cidade com mais de 1,3 milhões habitantes, de acordo com o IBGE (2010), ponderamos que o número absoluto de bebês acolhidos é muito pequeno, especialmente se compararmos aos dados relativos à capital mineira.

Vale ressaltar que, na cidade de São Paulo, também tem um grupo de trabalho intersetorial intitulado GT Maternidades que é constituído por membros da Defensoria do Estado de São Paulo, da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da Faculdade de Direito da USP e profissionais das equipes do CnaR da Secretaria Municipal de Saúde<sup>31</sup>. Uma das propostas do grupo é a construção de um fluxo na capital paulista para evitar os recorrentes acolhimentos institucionais de bebês e garantir que as mães sejam acompanhadas pela rede.

<sup>29</sup> <http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/especial-publicitario/prefeitura-de-campinas/campinas-agora/noticia/2017/03/campinas-garante-acolhimento-para-gravidas-em-situacao-de-rua.html>. Acesso em 08 jan 2018.

<sup>30</sup> <https://onibusdecampinas.com.br/campinas-reduz-em-60-quantidade-de-recem-nascidos-acolhidos-em-abrigos/>. Acesso em 08 jan 2018.

<sup>31</sup> Para mais informações sobre esse GT, ver vídeo do evento: “Dialogando sobre o direito de ter/ser mãe: Mulheres em situação de rua e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas e seus/suas bebês” que ocorreu em maio de 2017 e foi organizado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fiQIPC1OXp0&index=1&list=PLCITLRQjmWszHFI-Ftcpls-48DBbmT9kb>. Acesso em: 15 jul 2017.

O documento seguinte que consta na tabela se refere à Nota Técnica do MS e do MDS (doc. 4), que já foi analisada no capítulo anterior, ao retratar a realidade de Belo Horizonte/MG.

Já a Nota Técnica do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (doc. 5), elenca em suas considerações iniciais, uma consulta da Defensoria Pública sobre o assunto, demonstrando, provavelmente, que esse órgão de classe foi provocado a se manifestar acerca do tema. O documento retoma o ECA e o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária como referências normativas e então descreve o que estaria ocorrendo.

De acordo com essa Nota, a separação entre mães e bebês ainda na maternidade associa o uso de drogas à violação de direitos, supondo uma incapacidade da genitora, mesmo não tendo ocorrido nenhuma violação. Afirma que é *“fácil haver uma avaliação superficial e possivelmente moralizante deste contexto”* (p. 1). A Nota retoma conteúdos do código de ética profissional e destaca *“a necessidade de um olhar fundamentado na promoção de laços sociais e na garantia de direitos da mãe, da criança e da família, em casos envolvendo mães usuárias de crack, outras substâncias, e/ou em situação de rua e seus bebês”* (p. 2). Finaliza informando que a categoria está impedida de participar ou ser conivente com violações de direitos, seja por meio de avaliações sem os devidos fundamentos, seja pela produção de outros documentos em decorrência dessas avaliações.

É de suma importância que haja uma manifestação dos órgãos de classe, esclarecendo e orientando as categorias profissionais sobre o assunto, já que se tratam de questões não discutidas antes. Nessa lógica, o CFESS teve um protagonismo, no sentido de pautar esse debate para todos os Conselhos Regionais de Serviço Social, no país, conforme documento analisado no capítulo anterior. Além disso, foi solicitado que cada CRESS organizasse eventos sobre essa prática do acolhimento institucional compulsório, convocando profissionais que atuam na assistência social, na justiça e na saúde<sup>32</sup>. Essa iniciativa, infelizmente, não ocorreu com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e com CRP-SP que apenas se pronunciaram sobre o assunto, após consulta da Defensoria Pública, vale salientar.

Ainda nessa questão dos conselhos de profissão, Schweikert (2016) traz, dentre outros assuntos, consultas que foram feitas pela Defensoria Pública de São Paulo sobre a viabilidade do exercício da parentalidade por pessoas que usem SPA ao Conselho Regional de Medicina

---

<sup>32</sup> <http://cress-sp.org.br/nota-de-repudio-do-cresssp-frente-a-esterilizacao-compulsoria-de-cidada-de-mococa-sp/>. Acesso em 01 jul 2018.

do Estado de São Paulo (CREMESP) e ao Conselho Federal de Psicologia (CFP). O CREMESP assim responde:

A princípio, não há como se dizer que genitores que sejam usuários recreativos ou com uso nocivo de drogas ou dependentes terão ou não condições adequadas para o cuidado com seus filhos. Mais especificadamente, a incapacidade funcional, no caso a inépcia temporária ou definitiva, parcial ou total, da parentalidade, pode ser determinada em psiquiatria, obedecendo a critérios clínicos individuais e nunca generalizados (Consulta nº 139.762/2015). (SCHWEIKERT, 2016, p. 20).

De acordo com o órgão responsável pelo exercício da Medicina no Estado de São Paulo, as questões clínicas individuais precisam ser avaliadas criteriosamente para se verificar as condições de parentalidade, não havendo possibilidade de generalizações. Já o CFP se estende mais na consulta feita, aprofundando sua compreensão sobre o assunto:

Na execução de seu trabalho na interface com a Justiça, o psicólogo poderá avaliar as situações onde se coloque questões quanto ao exercício da parentalidade de forma responsável, baseado na legislação vigente e nas teorias científicas sobre desenvolvimento infanto-juvenil. Esclarecemos que, por se tratar de uma situação específica, não existem diretrizes/recomendações acerca do encaminhamento de recém-nascidos diretamente do setor de obstetrícia de um Hospital para serviços de acolhimentos institucionais de crianças e adolescentes (SAICA's). Reafirmamos que cada situação deve ser avaliada em sua complexidade, preservando os direitos que competem às crianças e adolescentes e suas famílias (...) nos problemas referentes ao uso e/ou abuso de drogas, sabemos que há um universo enorme, onde não é a droga em si o problema, mas as condições subjetivas e contextos sociais que tornam, ou não, seu uso problemático e/ou abusivo (Resposta ao Ofício nº 809-P/2016 da Defensoria Pública). (SCHWEIKERT, 2016, p. 21).

Reiteramos a importância de que os conselhos de classe se posicionem mais abertamente sobre o assunto, dando ampla visibilidade para seus posicionamentos junto às categorias que representam, a exemplo do que o CFESS propôs realizou em suas subseccionais em todos o país.

O documento que analisamos a seguir foi o Relatório de Pesquisa – Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo (doc. 6) da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). O estudo objetivou apresentar aspectos da realidade enfrentada por mães e gestantes, usuárias ou não de SPA, em situação de rua, na cidade de São Paulo.

Considerando que a maior parte da população de rua tende a ser masculina, foi identificado que, pelos dados oficiais da Prefeitura de São Paulo, desse universo majoritariamente de homens, 14,6% seriam do sexo feminino, ou 2.326 mulheres, em números absolutos. Desse quantitativo, praticamente metade delas estavam nas ruas (1.100) e a outra metade em serviços de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua (1.216). Foi perguntado a essas mulheres se elas tinham filhos/as, mas os dados obtidos não são muitos precisos porque 601 das que estavam em situação de rua não quiseram responder, dificultando a construção de uma boa descrição sobre as condições de vida dessas pessoas. Essa recusa pode indicar vários aspectos: medo de perder os/as filhos/as, vergonha por estar na rua com eles/as ou não desejar falar sobre as crianças cujo poder familiar já perderam (GOMES, 2017).

Segundo Gomes (2017), em relação aos serviços de acolhimento institucional na cidade de São Paulo, existe um centro de acolhida específico para gestantes, mães e bebês, além de algumas instituições que acolhem famílias. Já para crianças e adolescentes, existem 133 serviços que totalizam 2.660 vagas para crianças e adolescentes, de zero a 18 anos incompletos.

A fala de uma Defensora Pública de São Paulo nessa pesquisa é explícita: *“Sinceramente, uma vez que o processo chega na vara da infância, nós já damos a destituição por certa. Não há diálogo possível com as magistradas, já estão convencidas da destituição e estigmatizam a atuação da Defensoria Pública do Estado”* (p. 48). Vemos, nessa situação, o que foi pontuado na pesquisa da Universidade Cruzeiro do Sul, ao problematizar a atuação da Defensoria Pública mais como parte dos ritos processuais necessários do que, de fato, como algo que influencia as decisões do Poder Judiciário.

Essa pesquisa também revelou que uma VIJ da capital paulista *“implementou uma decisão interna, adstrita a uma maternidade, que determina a notificação em todo e qualquer caso de suspeita de uso abusivo de drogas e/ou situação de rua por parte das parturientes, sob pena de responsabilização pessoal das funcionárias”* (p. 52).

Esse exemplo citado indica como a prática da separação entre mães e bebês ainda nas maternidades pode ser implementada por meio de decisões internas, sem que necessariamente portarias sejam formalizadas. Percebemos também como se trata de uma estratégia direcionada para uma determinada maternidade, permitindo-nos inferir que deve ser um serviço público que atende mulheres com alta vulnerabilidade. Temos o exercício do poder soberano, extrapolando sua esfera de atuação ao determinar condutas para profissionais da saúde, de modo repressivo. Os corpos dessas mulheres pobres, usuárias de SPA, em situação

de rua saem da invisibilidade quando engravidam. Nesse momento, esses corpos precisam ser controlados, pois contém algo que interessa ao Estado: seus bebês.

Com essa decisão interna de uma VIJ, vemos ocorrer o que também está acontecendo, de modo bem mais explícito, em Belo Horizonte/MG. No exemplo paulistano, as ações estão no nível do cotidiano, das práticas e não das formalidades documentais, dificultando seu enfrentamento, posto que não está publicizada. Se houver algum tipo de registro, está restrito seu acesso ao domínio público. Ao mesmo tempo, verificamos que os jogos de poder estão mais camuflados e pulverizados, impedindo que ações arbitrárias sejam objetivadas e, conseqüentemente, problematizadas.

Ainda nessa mesma pesquisa, uma psicóloga, com atuação numa VIJ em São Paulo, teceu as seguintes reflexões:

É claro que o ideal seria mães e filhas ficarem juntas. Mas veja, não há rede, não há equipamentos e não há tempo para ficar impulsionando e articulando os outros parceiros. Há muita demanda, não dá pra ficar investindo naquela mãe. No fundo, acho que o sistema nos leva mesmo à destituição do poder familiar (GOMES, 2017, p. 58).

No caso da cidade de São Paulo, podemos perceber como as complexidades se acentuam no trabalho em rede, sem contar o volume de demandas que é muito alto diante da ofertas de serviços na assistência social e na saúde. Nesse contexto, o acompanhamento de uma mulher gestante, usuária de SPA e/ou em situação de rua, exige dos equipamentos um nível de articulação que ainda não existe.

Para Gomes (2017), o trabalho do Consultório na Rua (CnaR) é imprescindível, pois acaba sendo o serviço que fica na ponta e consegue chegar até as mulheres em situação de rua. O fato das equipes atuarem diretamente nos territórios e terem ações de busca ativa contribui significativamente para que essa população consiga ser minimamente acompanhada. Na cidade de São Paulo, são 18 equipes multiprofissionais distribuídas regionalmente que também funcionam como interlocutores junto aos equipamentos da assistência social e da saúde. Isso é um ponto de tensionamento para as equipes dos CnaR, em função da resistências que os agentes de saúde têm em relação às pessoas em situação de rua (higiene, uso de SPA e transtornos) e suas especificidades (horários de atendimento, por exemplo).

Nos momentos de parto e judicialização dos casos, as dificuldades aumentam, tendo em vista que as equipes dos CnaR precisam demonstrar para as maternidades e para a VIJ que aquela mulher está tentando se organizar para ficar com seu bebê. No entanto, a falta de políticas específicas para esse público impede mudanças de ordem estrutural na vida dessas

mulheres, especialmente em relação à moradia e emprego. No caso de centros de tratamento para dependência química e serviços de acolhimento institucional que recebam mães com seus bebês, faltam vagas. Quando os bebês são abrigados, fica a cargo das equipes do CnaR o trabalho de acompanhar mais de perto esses casos para que os direitos de visita e amamentação das mães não sejam violados (GOMES, 2017).

Siqueira et al. (2018) acompanharam casos de mulheres, usuárias de SPA e/ou em situação de rua, que perderam seus filhos na cidade de São Paulo. Em dois casos de usuárias do Programa de Braços Abertos<sup>33</sup>, seus bebês seriam abrigados e apenas com uma ação intensa de uma equipe do CnaR, se conseguiu evitar o acolhimento institucional, diante da implicação da família extensa nos cuidados dos bebês. As autoras afirmam que há uma tensão constante entre autonomia e tutela, no âmbito dos cuidados em saúde. Trata-se de uma disputa de narrativas, na medida em que para algumas mulheres é dada a possibilidade de decidir sobre seu corpo, seus afetos e seus caminhos enquanto que, para outras, não cabe nenhum poder decisório.

Diante desse cenário, podemos perceber que, dentre os diversos equipamentos socioassistenciais e de saúde, apenas o CnaR tem conseguido apresentar uma perspectiva de trabalho humanizada, no sentido de colaborar para que essas mulheres consigam construir estratégias de enfrentamento das condições de vulnerabilidade em que se encontram. Os demais serviços da assistência social, da justiça e da saúde parecem somente corroborar com intervenções punitivas e retaliações de cunho moral, sem apresentar possibilidades que permitam a construção de outros modos de vida para essas mulheres.

Os discursos das equipes que acompanham esse público tendem a responsabilizar a não adesão das mulheres às orientações e aos tratamentos ofertados como sendo a raiz do problema, individualizando questões sociais e políticas da conjuntura do nosso país. Esse tipo de visão tem impossibilitado a produção de novas perspectivas de vida para essas famílias vulneráveis. A desconsideração dos elementos de contexto mais amplos, ou seja, a desigualdade social, a pobreza extrema e as diversas formas de violências produzidas e aprofundadas pelo sistema neoliberal parecem não existir no trabalho junto a essas mulheres. Dessa maneira, observamos como o trabalho das equipes dos CnaR tem apresentado um diferencial, no sentido de conseguir construir vínculos com essas mulheres e produzir resultados que operam mudanças na vida dessas famílias.

---

<sup>33</sup> <http://adesaf.org.br/novo/sao-paulo-de-bracos-abertos/>. Acesso em 06 out 2018.

Podemos verificar esses aspectos no estudo de Costa et al. (2015) que pesquisou gestantes em situação de rua na cidade de Santos, no litoral paulista. Das 13 mulheres entrevistadas, oito afirmaram que queriam conseguir um emprego para sair das ruas e ter condições de cuidar dos/as filhos/as, sendo a gravidez um fator motivador nesse sentido. No entanto, elas não apresentaram nenhuma estratégia efetiva sobre o que fariam para alcançar tais objetivos e os serviços de acolhimento institucional (para pessoas em situação de rua) pouco ou nada contribuíram na concretização desses planos que as gestantes relataram.

Nesse contexto, estar na rua ou no acolhimento institucional tem pouca diferença, no que diz respeito aos interesses e planos futuros. Significa afirmar, de modo mais claro, que as equipes dos serviços de acolhimento não têm sido capazes de contribuir na construção de mudanças efetivas para essa população. Na área da saúde, existem várias políticas e programas para gestantes (segurança alimentar, orientação sexual, prevenção de doenças, amamentação e pré-natal) em Santos, no entanto, a falta de comprovante de residência não permite que essas mulheres se vinculem aos serviços.

## 6.2 O que as entrevistadas dizem sobre essas mulheres e seus bebês

Apresentamos novamente nossas entrevistadas, no quadro abaixo, para facilitar a identificação das profissionais, de acordo com as falas que serão analisadas, ressaltando que se tratam de nomes fictícios para preservar o anonimato.

Quadro 2 – Caracterização das entrevistadas do Estado de São Paulo

|              | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Formação</b>   | <b>Local de trabalho</b>             | <b>Tempo de trabalho na área</b> |
|--------------|-------------|--------------|-------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| SP01 – Olga  | F           | 52 anos      | Psicóloga         | Tribunal de Justiça                  | 25 anos                          |
| SP02 – Meire | F           | 35 anos      | Psicóloga         | Defensoria Pública                   | 6 anos                           |
| SP03 – Rita  | F           | 35 anos      | Assistente Social | Defensoria Pública                   | 3 anos                           |
| SP04 – Duda  | F           | 36 anos      | Jornalista        | Hospital/Maternidade                 | 8 anos                           |
| SP05 – Anna  | F           | 33 anos      | Psicóloga         | Tribunal de Justiça                  | 5 anos                           |
| SP06 – Cida  | F           | 62 anos      | Socióloga         | Saúde – População em Situação de Rua | 17 anos                          |

Avaliamos que o agrupamento das entrevistas por área de atuação apresentou-se como mais interessante, evidenciando os principais aspectos em relação aos contextos de trabalho, seus desafios e as possibilidades diante da problemática separação mãe-bebê.

Dessa forma, traremos, inicialmente, as vivências e compreensões de DUDA e CIDA por terem acompanhado na ponta a retirada de bebês de suas genitoras em maternidades e o contexto de vida de mulheres em situação de rua. Em seguida, apresentaremos a perspectiva de quem atua no Poder Judiciário, no caso OLGA e ANNA, do ponto de vista da Psicologia, considerando que as duas profissionais têm essa formação acadêmica. Finalmente, traremos as experiências de MEIRE e RITA que são psicóloga e assistente social respectivamente e atuam na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, acompanhando casos de mães que já perderam os/as filhos/as e tentam reavê-los/as.

Vale ressaltar que não pretendemos dar conta de como o acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, tem ocorrido no Estado de São Paulo, mas apenas retratar essas práticas, a partir dos documentos analisados e das entrevistas realizadas. A falta de documentos institucionais que oficializem essas condutas dificultou a construção de um cenário e a compreensão dos jogos de poder e as correlações de força como pudemos ver em Belo Horizonte/MG.

#### 6.2.1 *A polaridade “A saúde não pode correr o risco desse bebê morrer na mão dessa mulher” X “A gente não pode decidir por ela”: as práticas em SP na visão de quem atua na saúde*

Tivemos duas entrevistadas, no Estado de São Paulo, que atuam na área da saúde e nos contaram suas experiências com casos de acolhimento institucional de bebês de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua.

DUDA, jornalista de formação, é ativista dos direitos das mulheres há oito anos. Em função de uma pesquisa que estava realizando numa cidade de grande porte, no interior paulista, acompanhou por vários meses a rotina de alguns hospitais e maternidades dessa cidade. Pedimos que ela nos contasse como foi o primeiro caso que ela acompanhou. Ela assim descreveu, em detalhes:

É uma mãe conhecida do serviço, ela teve 8 gestações, nos últimos 10 anos, e dessas, acho que 2 ou 3 gestações gemelares, então ela era assim, alta GPA que a gente chama “gestação, parto e aborto”, ela tinha altíssimo esses números, ela tinha tido 8 gestações, 11 partos, lembro que era um número

alto (...). Ela era descrita como agressiva e violenta, tanto com as profissionais do serviço como com as puérperas com quem ela divide quarto. No prontuário da Assistência Social que é da pré-consulta antes da internar, já tinha lá a questão do uso de drogadição e álcool. Ela negava, a mãe, então, quando fez a anamnese pra internação, negou o uso, mas o serviço como conhecia, colocou, enfim, não lembro exatamente os termos, mas reconhecia que aquilo era uma negação de um fato e essa questão dela ser agressiva na interação com as outras pessoas, na maternidade. Eu não cheguei a ver nenhum momento de agressividade. Eu cheguei a ver essa mulher, vi várias vezes, ela se destacava das outras, era uma moça bastante jovem, bastante vaidosa, dava pra perceber assim, mesmo no ambiente da maternidade, tava super produzida, o cabelo arrumado, maquiada, ela andava bem vistosa, ela chamava atenção pela forma diferente que ela tava ali no pós-parto, então eu passei a acompanhar a internação da filhinha dela. E no prontuário da assistente social, tinha lá, como ela teve todos os partos nesse serviço, o prontuário dela tinha todo o histórico obstétrico dela e contava no laudo da assistente social que, desde o primeiro dia, tratava essa mulher como alto risco, alto risco pra família, pra segurança do bebê, ela tinha, além do alcoolismo e do uso de drogas, o fato dela ter perdido a guarda de todos os filhos que ela já teve. Ela tinha quase 30 anos e tinha filhos já de 16 anos, inclusive esse mais velho estava na Fundação Casa já tinha alguns anos e ela não tinha a guarda de nenhum dos filhos e parece que assim, as crianças mais novas eram cuidadas por familiares não da rede próxima, mas tinha abrigo dos menores por familiares e tinha também, morte infantil de alguma das crianças, acho que principalmente das gestações gemelares, ela teve bebês que não sobreviveram. Bom, então essa é a complexidade desse caso todo, eu acho que o fato dela não ter a guarda e das mortes infantis agravaram bastante a situação dela, desse bebê que tinha nascido agora.

É interessante observar que, pelo fato da nossa interlocutora não trabalhar diretamente no serviço, foi possível uma descrição mais isenta, no sentido de não precisar se justificar em relação ao que ela contava. Considerando que ela estava como pesquisadora, seu relato constitui-se como um extrato do seu diário de campo, enquanto coletava seus dados no estabelecimento de saúde. Ao mesmo tempo, seu acesso aos prontuários também lhe permitia compreender a realidade dos casos que ali chegavam. Desse modo, no caso dessa mãe especificamente, DUDA percebeu como havia contradições entre o relato da genitora e as anotações no prontuário, ou seja, a mãe negava o uso de SPA, mas mesmo assim, as profissionais informaram o uso de álcool e outras drogas, a negação disso por parte da mulher e o seu suposto comportamento agressivo.

DUDA segue seu relato, narrando como o serviço lidou com esse caso e quais costumam ser as condutas institucionais adotadas para situações desse tipo:

Mas o que eu pude perceber, a neném dela ficou 15 dias internada na UTI, ela ficou 48 horas na instituição, aí a mãe teve alta e a bebê permaneceu na UTI, não tinha nenhuma condição, o diagnóstico pra internação do recém-nascido na UTI era o uso de drogas materno, essa era a justificativa, é um

padrão desse serviço, todas as mulheres quando informam, na anamnese, que fazem uso de drogas, mesmo maconha e outras drogas, às vezes aparecia o *crack*, cocaína, mas a maioria era maconha, a rotina do serviço é separar a mãe e o bebê por 24 horas, a mãe não pode amamentar e o bebê fica na UTI por drogadição materna, então isso a gente descobriu que, nesse serviço, talvez 60% dos bebês admitidos na UTI eram em função de drogadição materna e não questões de saúde do bebê e era o caso dessa mãe. Ela continuou voltando, todos os dias no serviço, pra amamentar a filhinha dela. E as enfermeiras e as profissionais do serviço tinham medo dela, eu sentia que tinha uma agitação grande quando a paciente voltava pro serviço pra amamentar.

Nessa fala, percebemos como a prática adotada pelo serviço é geral para todos os casos que apresentem o tal do uso de drogas materno. Não há uma análise individual do histórico das mulheres, o padrão de uso de SPA ou mesmo quais são as drogas utilizadas. Já há um protocolo geral, nesse hospital/maternidade, de afastar o bebê da mãe por 24h, interná-lo na UTI e impedir a amamentação, no caso de relato de uso de qualquer SPA. Casos de mulheres que usam maconha são equiparados a quem usa *crack*, sem qualquer diferenciação.

No Brasil, ainda não temos a violência obstétrica tipificada em lei, como na Argentina ou na Venezuela. No entanto, se tomarmos sua definição, nesses países, podemos compreender a violência obstétrica como a apropriação dos corpos e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, seja em função de tratamento desumanizado, medicalização e patologização de processos naturais, resultando em perda da autonomia e da capacidade decisória dessas mulheres sobre seus corpos (DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO, 2013).

Reconhecemos como essa conduta geral de afastar os bebês de suas mães, sem uma análise individualizada, nos casos em que há relato de uso de SPA pode ser compreendida como um tipo de violência obstétrica. Isso porque determinados comportamentos dessas mulheres fazem com que essas mães percam a autonomia e a capacidade de decidirem o que querem fazer com seus corpos. Os profissionais de saúde são os responsáveis por se apropriar desses processos reprodutivos, determinando quais práticas serão aplicadas e, geralmente, infringindo violações a essas gestantes e mães.

O conceito de violência obstétrica é relativamente recente no cenário brasileiro, o que não quer dizer, de modo algum, que as práticas violentas na assistência ao parto não existissem, mas apenas que elas estavam na invisibilidade. Nas décadas de 1980 e 1990, começaram os primeiros debates sobre esse assunto, a partir de movimentos feministas e ligados à humanização do parto no país. A violência obstétrica ainda estava camuflada e circunscrita à ideia de violência institucional. É importante mencionar como os movimentos

de mulheres, especialmente mães, passaram a problematizar essas práticas violentas, adotando o conceito de violência obstétrica que passa a ser usado também na produção científica nacional (SENA, 2016).

No entanto, estamos vendo, nesse caso e em tantos outros já descritos no presente trabalho, algo que vai além de condutas institucionais que podem caracterizar-se como violência obstétrica. Não se trata de algo que está circunscrito à rotina do estabelecimento de saúde e irá cessar após a alta da mãe e do bebê, como, por exemplo, impedir que a mãe fique com seu filho logo após o nascimento ou não deixá-la amamentar. Trata-se de uma prática que determina a separação entre mães e bebês ao longo da vida e não apenas dentro dos muros da maternidade. Trata-se de um afastamento que pode ser definitivo, como vimos em diversas situações anteriores e, na realidade, tende a ser permanente, diante das dificuldades enfrentadas por famílias vulneráveis no acesso à justiça e ao direito de defesa.

Ainda no caso contado por DUDA, ela descreve como se deu essa separação:

Era uma sexta-feira, já fazia 15 dias que a filhinha dela tava lá internada. Quando eu cheguei no serviço, a mãe tava lá fora chegando também, eu vi ela chegando de carro e aí eu cheguei na UTI pra colher os dados dos bebês e chegou, nesse momento, um oficial de justiça, observei a situação que aconteceu dentro da UTI no balcão onde eu tava ali, no balcão da enfermagem. Então tinha essa oficial de justiça, uma mobilização, um clamor emocional muito grande das profissionais, porque a oficial que eu descobri que era uma assistente social que tava retirando o bebê pro abrigo e a mãe não estava sabendo. E a mãe estava na recepção do serviço e tava chegando para amamentar, então elas ficaram muito angustiadas porque sobrou pra elas a função de comunicar essa mãe que a criança enfim havia sido transferida pro abrigo. E aí, depois de tudo que aconteceu, eu vi a retirada do bebê, eu fiquei lá dentro até que o bebê fosse retirado. Então, a recém-nascida tinha uma mala dela com um enxoval que foi preparada pela mãe, bastante caprichada, um enxoval todo bonitinho, uma bolsa com o nome da bebê, com as roupinhas. Eu lembro que elas ficaram em dúvida se dava um leite pra criança antes da criança ir embora pro abrigo ou não, resolveram dar, então teve um atraso na retirada do bebê, porque aleitaram [com leite artificial] o bebê nos últimos minutos dele dentro da saúde (...). A mãe foi segurada na recepção; os profissionais ligaram na recepção e pediram pra segurar, pra não deixar ela entrar, enquanto elas resolviam porque não estavam aguardando que ela chegasse junto com a oficial de justiça. Era uma sexta-feira à tarde, ela tinha o período todo pra amamentar, então não tinha como saber que horas a mãe iria e coincidentemente as duas chegaram ao mesmo tempo, então foi solicitado na recepção que segurasse a entrada da paciente pra que a mãe não visse a retirada do bebê, não estivesse presente no momento da retirada e assim ficou essa angústia de que alguém teria que fazer a comunicação da retirada do bebê com o bebê já não no serviço (...). A mãe sabia que o bebê ia abrigado, mas não sabia quando, mas elas já tinham conversado sobre a suspensão que me falaram, ela tinha o poder familiar dela suspenso e não destituído.

Mais uma vez, nos deparamos com as dificuldades dos serviços no momento da retirada do bebê da maternidade. Os profissionais não sabem como lidar com isso e há muita ansiedade e angústia por parte das pessoas envolvidas, porque obviamente não existe capacitação ou formação que dê conta de preparar alguém para assumir o lugar de quem vai informar à mãe que seu bebê foi abrigado. Nesse caso, pelo menos, a mãe já sabia previamente que estava com o poder familiar suspenso e que sua filha seria abrigada. Diferente de outras situações em que a mãe sequer sabia disso e quando é informada, seu bebê já não está mais no serviço.

Podemos inferir que talvez esse estabelecimento de saúde tenha construído o procedimento de avisar as mães antes da retirada do bebê para o acolhimento institucional. Isso porque as profissionais do serviço relataram para DUDA que essa retirada de bebês direto para acolhimento institucional era comum, ocorrendo, em média, duas vezes por mês. Segundo nossa interlocutora, a maioria desses casos acontecia, em função da mãe ser considerada “*inapta para o exercício da maternidade*” (sic). Ela também narra os efeitos desse tipo de prática junto à equipe de profissionais e as falhas da política de saúde em dar conta de casos complexos como esse:

Vi toda angústia das profissionais, a psicóloga e a assistente social, pelo que eu entendi, seriam as profissionais que iriam fazer, atribuídas pra fazer a comunicação com a paciente, tavam muito amedrontados, ansiosas, angustiadas de como ia ser a reação, elas expressavam isso: “sobrou pra gente conversar com essa mãe” e aí, logo os oficiais de justiça saíram, a rotina voltou a normal ali dentro da UTI, eu fiquei bastante abalada, até que dali meia hora, eu encontrei de novo o grupo de profissionais e elas já tinham feito a comunicação pra mãe e eu vi elas, no momento, assim na hora, eu demorei um pouco para entender, mas essas profissionais estavam comentando do caso e rindo, no corredor (...). Depois eu entendi a risada como um alívio de uma sensação de nervosismo muito grande, hoje eu entendo assim que era um riso nervoso mesmo, elas ficaram tensas, foi um momento de bastante tensão e um conflito dentro do serviço, difícil pra elas darem conta disso, mas na hora aquilo foi muito chocante assim. Enfim, é uma usuária do SUS que todo mundo conhece, então se referem a ela pelo nome e “tá aqui de volta” e, em nenhum momento, por exemplo, eu vi colocada a questão de planejamento reprodutivo efetivo pra essa mulher, então... e ouvi sim que “o ano que vem ela tá aqui de volta”, então assim, eu pude, nesse dia, observar, de forma material, as várias falhas do sistema, do nosso sistema em garantir segurança e efetividade pra as nossas políticas públicas porque a política pública tá estabelecida de uma forma, mas como ela é implementada na ponta do serviço, muitas vezes, a segurança e a efetividade dessas políticas acabam falhando.

Conforme mencionado antes, as reflexões levantadas por DUDA são importantes no sentido de avaliar como esse caso faz parte de um certo protocolo adotado pelo serviço de

saúde. A questão do uso abusivo de SPA pouco aparece, ainda que tenha funcionado como principal motivador no prontuário da genitora para seguir no abrigamento do bebê direto da maternidade. O histórico prévio dessa mãe acabou sendo o elemento determinante na adoção dessa conduta de suspender seu poder familiar juntamente com o posicionamento da equipe em atestar a incapacidade dessa mãe.

A partir desse caso, nossa entrevistada escutou a pergunta tradicional que os profissionais da área da saúde costumam fazer nesse tipo de situação: *“Você acha que essa criança teria condições de ficar com essa mãe?”*. DUDA afirma que não conseguiu responder essa questão porque ela acabou se fazendo outra pergunta: *“E se essa fosse a criança que pudesse dar uma guinada na vida dessa mulher?”*. Obviamente que são questões impossíveis de responder, no entanto, as equipes de saúde parecem estar adotando essa habilidade futurística quando atestam que essas mães são previamente incapazes de cuidar dos seus filhos. No caso relatado por DUDA, podemos constatar que o retorno da mulher ao serviço quase todos os anos para parir é a confirmação de como a saúde não conseguiu e segue não conseguindo acessar essa mãe, no sentido de construir um planejamento reprodutivo. Ao invés desse caso servir como um desafio para o serviço, no sentido de reverter esses abrigamentos compulsórios, essa genitora representa a incapacidade das políticas de saúde, na ponta, funcionarem adequadamente.

Sobre isso, DUDA colocou: *“Acho que é uma política essa separação da mãe-bebê, em função do uso de maconha; é uma política muito bem estabelecida dentro desse serviço, não é em momento algum questionada”*. Nos meses em que ela permaneceu nessa instituição pesquisando, nossa entrevistada relatou que em torno de 60% dos bebês internados que não tiveram alta, ficaram sob o diagnóstico de drogadição materna, enquanto *“uma política de sucesso; confessou ou admitiu o uso de drogas na gestação ou na anamnese, o bebê fica 24 horas em observação”*.

Constatamos como esse tipo de prática pode ser adotada pelos serviços de saúde internamente, independente de qualquer orientação formal externa. São condutas instituídas, em parceria com órgãos do Sistema de Justiça, definindo ações que deveriam ser excepcionais, mas que acabam se tornando mais a regra do que a própria exceção. DUDA acrescenta:

No caso dessa bebê, nesses 15 dias de internação, teve sim a notificação e elas seguraram o bebê, o bebê só tava ali pra aguardar a transferência pro abrigo. Ela nasceu extremamente saudável, o parto dessa mulher também foi extremamente saudável, elas não tiveram nenhuma complicação nos seus

quadros de saúde, então a bebê tava primeiro internada por drogadição materna e continuou, permaneceu internada, aguardando transferência pro abrigo e aí foram 15 dias, o tempo necessário.

Na descrição acima, vemos como a parceria dessa maternidade com o Poder Judiciário está funcionando, na medida em que a equipe de saúde notificou o caso para a VIJ e os quinze dias que a bebê ficou internada na UTI, mesmo sendo saudável, foi provavelmente o tempo necessário para articular uma vaga no acolhimento institucional da cidade.

A maioria das mulheres ali são casadas, vão com seus maridos que são os acompanhantes no trabalho de parto e ela já chamava atenção também por isso, não tinha um parceiro fixo, chegava com um carrão, então tudo isso servia como julgamento pra colocar ela mais pra baixo na hierarquia reprodutiva, ela tava bem baixo na pirâmide.

A condição em que essa mãe se encontra dialoga com a análise proposta por Mattar e Diniz (2012) sobre como o exercício da maternagem pode ser mais ou menos legítimo e socialmente aceito, impactando diretamente na garantia dos direitos dessas mulheres. De acordo com as autoras, os principais aspectos que constituem essa pirâmide reprodutiva são: raça, classe, geração/idade e parceria sexual. Desse modo, as mulheres não brancas, pertencentes a uma classe econômica baixa, jovens ou bem mais velhas, homossexuais ou solteiras vivenciam a maternidade com mais dificuldades, menos aceitação e em piores condições. Isso, principalmente se forem comparadas às mulheres brancas, de classe média e alta, com idade entre 20 e 35 anos, heterossexuais, com parceiros.

As autoras listaram ainda alguns atributos que também influenciam na construção dessa hierarquia reprodutiva, colocando alguns grupos em condições mais desfavoráveis no exercício da maternidade. São as mulheres não saudáveis (HIV positivas ou sífilis, por exemplo); as deficientes físicas ou com transtornos mentais, pelas dificuldades no cuidado com os filhos; as consideradas promíscuas, por não seguirem uma regulação moral socialmente aceita; as mulheres em situação de rua, pela falta de condições de prover cuidados básicos aos filhos; as usuárias de drogas, por serem vistas como incapazes de cuidarem de si próprias, quanto mais de uma criança; as que vivem do sexo comercial, por razões morais; as infratoras, sobretudo as mulheres que estão presas, por não terem assumido seus papéis sociais de mulheres passivas e cuidadoras. Essas condições específicas juntamente com os aspectos acima mencionados vão construir a ideia de maternidades subalternas (MATTAR; DINIZ, 2012).

Podemos vislumbrar como o caso relatado por DUDA se enquadra nesse conceito de maternidade subalterna e contribui para que as equipes de saúde não consigam lidar com essas múltiplas vulnerabilidades, conforme relato abaixo:

Se essa mãe não se encaixa no perfil de uso recreativo da droga, em função de não ter emprego, não ter residência fixa, não ter família, uma série de vulnerabilidades sociais que vão somando ao uso da droga, eu acho que o pré-natal falhou nesse caso e a própria política de assistência social e a maternidade que acolheu ela o ano passado ou atenção básica com o planejamento reprodutivo que não foi efetivamente ofertado pra essa mulher de uma forma que fosse efetivo. Porque pode ser que tenham feito o protocolo, cumprido o protocolo de oferecer planejamento reprodutivo pra ela, mas não foi efetivo, essa mulher tem 11, 8 gestações, 11 filhos.

Ao mesmo tempo, além das vulnerabilidades adicionais, essa genitora apresentava um comportamento que impôs mais obstáculos na relação entre paciente e equipe de saúde. Como resultado disso, temos uma mãe que não formou vínculo com a equipe, gerando dificuldades no trato cotidiano, conforme relato abaixo:

Eu acho que o que respaldava essa inefetividade do planejamento reprodutivo pra ela, era o comportamento dela, de enfrentamento, de não aceitação das condutas que eram prescritas pra ela na maternidade, o enfrentamento mesmo. Mas eu não vi ela discutindo com ninguém lá dentro nenhum dos 15 dias, eu vi ela algumas vezes transitando pelo espaço da maternidade. Mas eu acho que era uma mulher que estava tentando barrar as violações de direitos que ela sabia que possivelmente poderia vir a sofrer. Então, por exemplo, com essa conduta dela, ela saiu de um quarto com quatro mulheres e foi pra um quarto com uma mulher só, uma enfermaria com uma mulher só.

A descrição feita dessa mãe por DUDA nos parece muito mais uma postura de resistência, no sentido de não aceitar qualquer intervenção vinda da equipe de saúde, do que propriamente um comportamento agressivo conforme consta no seu prontuário. Essa mãe foge do padrão social e moral vigente, na medida em que não se submete como as demais mulheres. Entretanto, percebemos como a equipe do serviço não tem ferramentas para lidar com a pessoa que difere, que ousa ser diferente. A ousadia dessa mãe lhe possibilitou a mudança de um quarto coletivo para uma enfermaria, apenas com mais uma mulher. Podemos dizer que essa genitora é resistente num duplo sentido: resistindo ao que a saúde quer que ela seja e ela se recusa, ou seja, submissa e subserviente ao tratamento, como também resistindo, ao exigir e impor outras condições de atendimento e tratamento.

Nesse sentido, podemos vislumbrar como o relacionamento dessa mãe com a equipe de profissionais dentro da maternidade é permeado constantemente pelo exercício de poder, nos moldes do que Foucault (2013) teorizou sobre o poder e sua dinamicidade. Essa mãe não estabelece relações de subserviência com as técnicas de saúde, conseguindo negociar condições de tratamento não disponíveis para outras mulheres na mesma situação. Por mais que essa genitora não tenha conseguido impedir o abrigamento do seu bebê, percebemos como seu comportamento constituía-se como uma contraconduta (FOUCAULT, 2008a), questionando o atendimento que recebia do serviço e definindo outros resultados, em função de assumir uma postura ativa de insubordinação.

DUDA compara o caso dessa mãe resistente com uma outra mulher, usuária de *crack*, que ela viu num outro serviço de saúde da mesma cidade, explicitando como a singularidade dos casos exige diferentes olhares, sob pena de violar direitos.

A usuária de *crack* que eu vi, puérpera, tava sem o bebê dela também, o bebê tinha nascido prematuro, tava na UTI, eu lembro que essa mulher me chamou bastante atenção, os maus-tratos com que ela foi cuidada, ela queria dar leite, tirar leite pro bebê dela e ela foi muito maltratada pelos profissionais. É uma mulher que assim, é um quadro típico de extremo uso de drogas, de vulnerabilidade, você vê que assim, é uma moradora de rua muito provavelmente, mulher desvinculada totalmente de qualquer amparo que a sociedade possa ter e não era isso o que eu via na outra maternidade, daquelas que falavam pra mim, “ah, tomei cerveja sim, ah, fumava maconha” ou só falava baixinho assim “maconha”, sabe. É um perfil muito diferente mesmo, isso acaba nivelando e acaba violando direitos.

Constatamos como o diagnóstico de drogadição materna é superficial e insuficiente para dar conta do contexto de vida dessas mulheres. As características pessoais, familiares e sociais, assim como o padrão de uso de SPA e quais drogas foram ou são utilizadas precisam fazer parte dessa avaliação. Esse conjunto de informações sistematizadas e contextualizadas são fundamentais para se construir um plano de intervenção junto a essa família e não para a subtração compulsória do seu bebê e abrigamento direto da maternidade.

Já nossa entrevistada CIDA tem experiência com mulheres em situação de rua, nos trazendo reflexões sobre a vida dessas mães que estão mais na base da pirâmide da hierarquia reprodutiva. Ela nos conta um dos primeiros casos que acompanhou de mulheres que perderam seus bebês e como isso a marcou:

Quando A. soube que tava grávida e que também tava soropositiva, ela se propôs, me pediu pra ir pra uma clínica, foi a primeira vez, eu até me propus e aí a gente batalhou, eu batalhei uma clínica, ela foi pra uma clínica de

renome [numa cidade do interior de São Paulo] que atende meninas usuárias de drogas, grávidas ou com bebê e aí A. foi pra lá, consegui. A. foi, parou literalmente de usar o *crack* durante esse período, A. teve o bebê, o bebê positivo, claro, porque ele vai nascer positivo mesmo, aquela coisa toda, mas A. então tava legal. Passaram desde que ele nasceu, uns 2 meses e A. pede pra vir pro Centro, pra vir pra São Paulo e ela veio, só que ela chegou atrasada, ela veio pra São Paulo, ela tinha horário pra entrar na clínica de volta, tipo, sei lá, ela tinha que chegar às 6 horas, ela chegou às 9 horas, aí começou a confusão porque a diretora da clínica já não aceitava mais a A. [na clínica do interior]. Aqui, ela só fez os exames e viu que o bebê era soropositivo e foi pra lá, isso já vai fazer uns 15 anos e aí começa-se a grande confusão porque a clínica não aceitou a A. e ainda tomou o bebê, dizendo que a A. não tinha condições psicológicas e nada pra cuidar do bebê, foi muita briga, foi ali que eu corri atrás, fizemos o diabo, mas a clínica ficou com o bebê, não aceitou mais a A. na clínica. A A. voltou pro fluxo<sup>34</sup>, por isso, que eu estou dizendo, eu nunca vou me perdoar por isso, voltou pra rua e se detonou, aí se detonou mesmo nas pedras. Então, pra mim, foi o primeiro caso assim oficial que eu tive contato e eles ficaram com bebezinho e a criança foi pra adoção, tudo que nós fizemos naquele momento, nós não conseguimos, por quê? Porque a grande história era essa: A. não tem condições de cuidar do bebê.

Se esse caso ocorreu há 15 anos atrás, vemos a continuidade de um fenômeno que não começou agora. Provavelmente, nos dias atuais, essas práticas têm mais visibilidade. CIDA também nos descreve como, no mundo da rua, as mulheres são mais difíceis de se relacionar do que homens, explicando diferenças de gênero importantes nessa área:

As poucas que se salvam são aquelas que se aproximam da gente que também esse é um outro problema, às vezes, um pouco grave com a rua porque a menina, as mulheres moradoras de rua, elas são muito mais travadas, elas não são muito fáceis de se relacionar não (...). Eu acho que pra mulher chegar na rua, ela já passou por todos os limites, a vida da mulher na rua é bastante complicada, é muito dura, é muito dura, muito dura, a mulher pra ir pra rua, ela só vai no seu limite. Então, ela não é muito fácil de você estabelecer vínculos, os vínculos são muito rápidos, “oi, oi, tudo bem, tudo bem”, você tem que insistir muito, estar ali todo dia e tal, “ah, você foi fazer o pré-natal? Onde você tá fazendo?”, mas não é muito de diálogo. Então, elas sofrem muito, muito mais, então quando você consegue entender e quando você consegue quebrar essa barreira, aí você acompanha um pouco mais perto e aí você ainda livra ela dessa história [do abrigo]. Agora, tem algumas que realmente nem querem, sabe, elas entendem que não têm condições, então fica com bebê um mês, dois meses, depois ela mesmo entrega o bebê porque vê que não vai dar conta, não consegue dar conta.

Considerando as inúmeras desigualdades de gênero já existentes e as violências cometidas contra as mulheres no âmbito doméstico, certamente em situação de rua, essas condições se agravam de modo significativo. Diante disso, estratégias de sobrevivência são

<sup>34</sup> De acordo com nossa entrevistada, “fluxo” são as cenas abertas de uso de *crack* na cidade de São Paulo, também conhecidas popularmente como *cracolândias*.

adotadas para conseguir minimizar essas violências crônicas e cotidianas a que estão submetidas as mulheres em situação de rua, conforme CIDA nos relata:

Por isso que ela tem vários companheiros, é uma mulher que nunca fica sem um homem, não é porque ela quer, algumas pessoas falam “mas como é que ela muda de marido todo dia?”. Ela precisa desse companheiro, é uma proteção. Então assim, como é que você vai resolver uma história dessa pra essa mulher?

Perguntamos para nossa interlocutora o que ocorre depois que as mulheres perdem seus bebês. CIDA assim narra:

Olha, tem dois movimentos, as meninas do fluxo, ela se detonam, é uma tristeza porque assim, a população não tem essa prática de procurar Defensoria, Ministério Público, não tem isso, é a gente que vai pra lá, a gente que fica lá vendo o fluxo, tentando essas aproximações, esses diálogos e essas conversas (...). Já as mulheres moradoras de rua, algumas acabam procurando mais a Defensoria e elas acompanham pra tentar reaver seus bebês, mas tudo é muito moroso, você sabe disso, as coisas não são fáceis, não são coisas fáceis, são coisas difíceis que, às vezes, pra mim vira uma eternidade e eu fico imaginando pra elas o que que é isso. Não tem respaldo algum da Justiça, pra quem acha que não tem direito a ter direito quando encontra... esse tempo é muito longo, então acompanha durante um, dois, três meses, depois também... algumas permanecem, mas uma parte também desaparece assim da rua. Por isso que a gente fala “esse mapeamento a gente não tem”, isso tudo que estou te falando é do município, agora você imagina como é que isso está no resto do Estado.

Com essa fala, podemos inferir que as mulheres que perdem seus bebês na cidade de São Paulo e estão em situação de rua, muito possivelmente não voltam a ver os/as filhos/as assim como também não conseguem organizar suas vidas para sair das ruas. Nesse sentido, vemos como essa população é desassistida por programas e políticas públicas, na medida em que se caracteriza como um grupo invisibilizado, recebendo apenas ações de caráter repressivo e punitivo. CIDA continua suas reflexões:

É uma coisa que as pessoas não param pra refletir o que é que significa tudo isso, o significado de tudo isso, sabe? Que aquela mulher não tá na rua porque ela quer, que aquela família não tá na rua porque ela quer, ela não foi morar na rua porque quer e, mesmo no caso das meninas do fluxo, aquelas meninas também têm direito, sabe, elas têm o direito, de ter a oferta de um CAPS decente, políticas decentes. Agora, nós resolvemos de uma forma muito mais fácil, eu resolvo o meu problema indo lá, tomando os bebês, tirando aqui, então eu não quero resolver o problema da rua, é mais fácil, eu levo as crianças, eu separo tudo e fica assim.

Souza (2016) discute como a maior parte dos usuários considerados autodestrutivos em função do uso abusivo de *crack* advém de uma situação de abandono familiar e social cotidiano, sendo a droga “*uma tentativa desesperada de fugir de uma vida sem futuro e sem esperança*” (p. 36). Essa perspectiva dialoga com o estudo feito na cidade de Santos com gestantes em situação de rua, já mencionado antes, em que as mulheres até tinham planos para o futuro, mas nenhuma estratégia concreta para realizá-los, constituindo-se muito mais como uma fantasia sem possibilidades de vir a se tornar realidade. Dessa maneira, podemos vislumbrar como, para as pessoas em situação de rua, cabe apenas a vivência do presente, do agora, já que eles não têm perspectivas de futuro.

Ainda de acordo com Souza (2016), qualquer processo de saída dessa situação autodestrutiva precisa considerar “*a necessidade de refazer, em alguma medida pelo menos, aquilo que a socialização familiar incompleta ou abertamente violenta e destrutiva não foi capaz de realizar: a construção de um ser humano com um mínimo de capacidade de ação no meio social à sua volta*” (p. 37). Isso implica também a possibilidade, para essas pessoas, de construir uma noção de futuro e articular uma visão prospectiva da vida, já que sem isso, o futuro simplesmente não existe.

Moraes e Arcanjo (2017) fizeram uma reportagem entrevistando mulheres e seus filhos que estão em situação de rua na cidade de São Paulo. Uma mãe, chamada Paula, conta que o maior desejo dos seus filhos é ir para a escola. Como eles não têm endereço fixo, só conseguem ficar em uma mesma escola por até seis meses que é o tempo máximo de permanência em nos serviços de acolhimento institucional. Depois desse período, eles precisam mudar de unidade. Ela narra ainda que os filhos já estudaram em cinco escolas diferentes em menos de um ano, já que quando eles são mudados de abrigo, ela precisa transferi-los para outra escola.

Ainda que existam serviços específicos para mulheres com seus filhos, como verificamos em alguns municípios, é preciso atentar para a formação dispensada a essas profissionais nas entidades de acolhimento. Pestana (2017) problematiza esse ponto ao lembrar que estamos inseridos numa sociedade machista que exige uma abordagem de gênero junto às pessoas que vão atuar na área, além de uma articulação consistente com os demais serviços específicos para mulheres, afirmando: “*Os centros de acolhida, ainda que voltados para mulheres, terminam por atuar com uma visão caritativa, onde a pobreza se sobrepõe ao gênero, sem atuar nas intersecções das opressões-explorações*” (p. 46).

CIDA, ao nos relatar a experiência do Programa “De Braços Abertos”<sup>35</sup>, na capital paulista, confirma como o trabalho com esse público não é fácil, mas estava funcionando, exatamente porque possibilitava ao sujeito uma capacidade de ação e construção mínima de um futuro. Foi uma programa municipal intersetorial com base na perspectiva da redução de danos que funcionou no período de 2013 a 2016:

Mas a proposta era muito boa, nós tivemos, os resultados foram poucos? Foram! Porque o *crack*, ele é longo, você não acaba com essa conversa da noite pro dia, ele é longo, vai ter recaídas, tem recaídas, então você tem que ter um acompanhamento, um monitoramento, ter atividades lúdicas, atividades artísticas, o que for, tentar trabalhar com a redução de danos e tava se conseguindo, muita gente tava deixando de ter suas, 30, 40 pedras por dia pra usar cinco pedras, organizar a vida, sabe assim, ele sai de manhã, ele levanta, vai lá, ele produz, não importa se vai catar latinha, se vai catar papelão, se vai consertar o carro, o que ele vai fazer, não importa, e à noite ele vai usar as pedrinhas dele, mas, no outro dia, ele sabe que ele vai pegar... então, ele começa a organizar a vida dele, começou com muitas pessoas, não foram poucas, então eu acredito que este é o caminho, internação compulsória jamais! Não vai adiantar, não adianta, não adianta!

O fato de uma pessoa usar 30, 40 pedras de *crack* e passar a usar apenas cinco à noite e ter uma ocupação durante o dia é um resultado que deve ser comemorado diante de uma SPA com alto poder de dependência como o *crack*. Num universo onde o sujeito não tinha nenhuma perspectiva de vida presente e futura, conseguir reduzir, de modo expressivo, a quantidade diária de SPA usada, ter uma atividade regular e um lugar para dormir significa refazer a socialização incompleta que esse sujeito não teve ao longo da vida, conforme Souza (2016) apontou.

Mas infelizmente essa proposta durou apenas uma gestão municipal, sendo substituída por outros programas que voltaram a adotar o princípio da abstinência, a repressão policial e a internação em comunidades terapêuticas. CIDA nos conta como está hoje a situação das cenas de uso de *crack*:

Tem dias que nem nós entramos no fluxo, nós não podemos entrar porque a polícia não deixa, a polícia não deixa a gente entrar, eles cercam, eles vivem o tempo inteiro sob a pressão da polícia, é 24 horas, eles vivem cercados, então tem dias que a coisa tá muito tensa, então eles ficam, vai tensionando, vai tensionando, aí estoura, é guerra quase todos os dias. É que a imprensa perdeu o interesse, mas a guerra é todo dia, é todo dia, a última você viu, botaram todo mundo lá de cócoras, pelado e ficaram procurando droga.

<sup>35</sup> Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015.pdf>. Acesso em 08 jan 2018.

Nesse relato, vemos o retorno das ações governamentais meramente repressoras e punitivas, sem qualquer perspectiva de mudança do cenário. Ao contrário, os conflitos se acirram, as violações aumentam, assim como o processo de desumanização dessas pessoas. Não seria de se espantar se houver o aumento do uso de SPA por parte dessa população com alta vulnerabilidade.

Entramos no fluxo, aí os meninos, os agentes de saúde falaram “não, cai fora, cai fora”, eu dizia “não”, entrei pra dentro do fluxo com crachá e tudo, da Saúde, aí tentei, aí tava lá o choque pesado, choque pesado, aí eu tentei passar pra ver o que tava rolando na outra rua, aí o cara só apontou a arma, eu fiz um gesto de “merda, né?” e voltei porque eu não ia passar, ele apontou, “se passar, eu atiro” e aí eu voltei, virei, fui caminhando de volta, eles não tiveram dúvida, eles cataram uma mangueira e jogaram a água pra cima de mim, eu fui rolando assim no meio de toda a sujeira, mangueirona, sabe assim? Esperaram eu ficar de costas e eu fui rolando, quase deu a maior encrenca porque quem tava lá na ponta veio pra cima, aí tinha que segurar, e se segurar, eles vão atirar e eles atiram, eles atiram. Naquele dia, um menino foi morto, mataram um menino de tanto apanhar. Então assim, é difícil, o fluxo vive essa dinâmica, a imprensa parou, essa última, faz o quê, uns 15 dias ou menos, também chegaram logo cedo de manhã, dando porrada em todo mundo lá, sei lá como é que foi que deu a confusão e aí falaram que toda aquela violência foi porque era tráfico, pra justificar o tráfico e enfiou todo mundo pelado lá e procurando droga no ânus das pessoas. Acharam 35 gramas de maconha, justificou tudo aquilo?

Se até a nossa entrevistada, CIDA, teve um tratamento cruel e degradante por parte da corporação policial enquanto transitava na maior cena de uso paulistana, podemos supor o que acontece com essa população em situação de extrema vulnerabilidade. Volta-se a focar exclusivamente na droga e no proibicionismo, desconsiderando as relações que as pessoas estabelecem com a SPA. A questão do uso de drogas passa a ser novamente confundida com o tráfico, havendo o mesmo tratamento para todas as situações, ou seja, a criminalização das ações. Práticas autoritárias dos agentes policiais tornam-se a realidade cotidiana junto a esse público, não apenas em relação às pessoas em situação de rua que estão nas cenas de uso de *crack*, mas também aquelas que estão ali por trabalho e/ou militância.

Sobre as mulheres grávidas no fluxo, nesse contexto ainda mais difícil e com mais violações, CIDA afirmou:

Tem algumas que eu nunca consigo mais saber, não vou mentir pra você, a gente entra lá, a coisa é tão maluca, é muita tensão e aí você passa perguntando “E aí, tá legal, tá tudo bem, o que é que rolou, tá rolando”. É tanta coisa que vem porque normalmente eu sei mais quando tá com a barriguinha um pouco maior e tem algumas agora que é gravidez, mas não é gravidez, entendeu? Então, eu não tenho mais prestado atenção nessas

coisas. E também não tenho estado mais lá, sozinha eu não vou mais, por exemplo.

Por essa fala, podemos deduzir que a situação de risco antes direcionada apenas para a população em situação de rua, agora se estendeu também para profissionais da saúde que antes frequentavam as cenas de uso de *crack* na capital paulista. Nesse contexto, há menos diálogo e menos interação com agentes da saúde e mais violação de direitos para esse grupo já em situação de extrema marginalidade.

Diante do contexto de retrocessos das políticas sociais e de saúde em nosso país, não podemos deixar de mencionar as análises de Lancetti (2011) sobre esse assunto:

As cracolândias são os manicômios pós-modernos e os craqueiros, os loucos do século XXI. E estão aí, nas regiões degradadas das cidades para mostrar nosso fracasso, nossa miséria existencial consumista. O modo como vamos enfrentar a questão expressará nossa sabedoria e ética.

Dessa maneira, podemos tomar a questão do *crack* como uma expressão mais ampla e gritante da desigualdade social e da vulnerabilidade extrema que assolou uma parcela da população. E mais: como essas cenas abertas de uso de *crack* escancara nossa incapacidade de lidar com esse público e, ao mesmo tempo, reforça antigos estigmas. A pessoa que usa *crack* é considerada incapaz de se autodeterminar, representando risco a si mesma, e mais importante que isso, risco para os outros a sua volta. Diante desse risco, retoma-se a lógica do encarceramento e da internação compulsória enquanto medidas higienistas que fazem o controle social de grupos indesejáveis.

Ao questionar CIDA sobre a existência de discussões mais ampliadas sobre essa questão do acolhimento institucional de bebês de mulheres vulneráveis, ela afirma:

É uma coisa que ninguém quer discutir direito, você discute os casos isolados. Então, tem uma menina e tal, que eu conheço, eu tô acompanhando, então eu vou pra cima, sabe, então fica nessa coisa do caso isolado, não é uma política, não se consegue sentar para discutir, sabe, então você não discute, não chega-se num consenso, não se tem consenso.

Além dessa questão de apenas discutir os casos de modo fragmentado, sem construir intervenções mais abrangentes, nossa interlocutora também apontou outras dificuldades relacionadas às características da cidade de São Paulo:

Tudo aqui é muito, tudo é muito, então é muita população de rua, é muito... aquela coisa no fluxo, temos muitas entidades, temos muitas instituições,

tudo muito. Esse muito que poderia... o número de entidades ou organizações que nós temos, a gente comenta sobre isso, que a gente poderia ter um avanço, mas esse muito, muitas vezes, é muito mais complicado do que a gente pensa porque são vários grupos, são várias pessoas, são várias opiniões, são várias ideologias, é muita coisa política.

É interessante observar como esse “muito” mencionado por CIDA que poderia ser uma potência de ação no sentido de produzir novas saídas para essas problemáticas contemporâneas acaba se tornando mais um agravante. Quando mencionada a situação de BH, nossa entrevistada refere que, na capital mineira, há uma maior organização por parte dos grupos da sociedade civil que não ocorre no município de São Paulo. Ao analisar a gestão atual e a conjuntura colocada para a capital paulista, ela assim resume:

A luta da rua houve um retrocesso de 20 anos, tudo que foi feito é um desmonte total, é um desmonte total, perda de direitos, não adianta, não adianta, Ministério Público, Dória não vai, não caminha, perdemos. Como diz ele: “Eu fui eleito no primeiro turno com mais de 50% dos votos e isso quer dizer que a população me deu carta branca, faço o que quero”. Isso ele fala na cara dos Promotores, dos Defensores e se recusa a conversar com a sociedade civil, diz que não tem nada pra falar. Não é fácil.

Esse tipo de fala vinda de um governante demonstra o caráter autoritário e nada democrático quando considera que “carta branca” para realizar o que quer e não o que foi construído coletivamente conforme seu plano de governo quando foi eleito. Ao mesmo tempo, um posicionamento dessa natureza ignora o jogo democrático, pois o mandato de uma pessoa que ganhou as eleições implica em representar o povo e não uma liberdade absoluta para realizar apenas o que lhe interessa. A governabilidade constitui-se por sua negociação constante entre os sujeitos e as instituições que integram uma dada realidade, por meio do exercício das relações de poder. CIDA acrescenta:

O que seria o mais importante é a gente organizar junto com elas [as mulheres] uma política um pouco mais clara, sabe, que nós conseguíssemos fazer um debate porque essa discussão é uma discussão moral. De novo, a gente cai numa discussão moral, conservadora, essa coisa moralista, sabe, então é um pouco isso, as pessoas não querem, a gente tem dificuldade de fazer esse debate.

As questões morais voltam no relato da CIDA, demonstrando a força que os valores e o conservadorismo têm na separação compulsória entre mães e bebês vulneráveis em São Paulo. Considerando que nossa interlocutora vivencia a realidade das mães que estão na base da hierarquia reprodutiva, ou seja, as mulheres que estão no lugar mais baixo dessa pirâmide,

pois são pobres, na maioria das vezes, negras, em situação de rua, sem parceiros fixos, não saudáveis, consideradas promíscuas, profissionais do sexo, dentre outros atributos, ponderamos a importância de indagar se, em algumas situações, ela avaliava que acolher o bebê seria melhor do que deixá-lo com a mãe. Ela assim responde: *“Eu acho que pra minha concepção não, sabe, eu sempre acho que a gente tem que ter outras portas e isso quem vai decidir é ela, ela que decide (...). Eu não posso decidir isso por ela”*. Essa fala nos esclareceu imensamente, no sentido de que, mesmo nas condições mais adversas possíveis, trata-se de ter possibilidades de escolhas a ofertar, colaborar na construção de uma decisão por parte da mulher mas nunca por ela.

#### 6.2.2 *As Psicologias no Judiciário paulista: entre continuidades, moralidades e possibilidades*

No caso de São Paulo, tivemos duas entrevistadas psicólogas com atuação no Poder Judiciário, especificamente em VIJ, sendo que uma delas trabalha no interior do Estado (OLGA) e a outra profissional (ANNA) atuou por alguns anos na capital, mas, na ocasião da entrevista, já estava trabalhando em outra localidade.

A perspectiva da continuidade se faz presente na fala de OLGA que trabalha no TJ-SP, há 25 anos, no momento em que perguntamos quando ela se deparou com o primeiro caso de acolhimento institucional de bebês. Ela riu e disse: *“Desde que eu atuo no Judiciário, ou seja, esse ano, eu completo 25 anos de trabalho no Judiciário, então essa problemática não é nova, é uma problemática corriqueira”*.

Quando perguntada sobre a média anual de casos de acolhimento institucional, nossa entrevistada estimou em 50 bebês aproximadamente, e sobre o desfecho das situações, informou que em torno de 70% deles vão para adoção e 30% retornam para a família (de origem ou extensa). Ainda que esses números sejam representativos apenas da realidade em que OLGA está inserida e não sejam absolutos, refletem que a maioria dos casos que ela acompanha resultam em separação permanente dos bebês de suas famílias de origem.

Ainda que a temática da adoção não tenha sido explorada, no presente estudo, entendemos que se trata de uma área correlata, na medida em que diversos casos de bebês abrigados estão sendo destituídos de suas famílias de origem para serem encaminhados para adoção. De modo pontual, isso apareceu em algumas falas e documentos analisados em diferentes perspectivas tanto em Belo Horizonte/MG como em São Paulo. Embora seja algo relevante, não obtivemos dados suficientes para empreender um olhar em torno de como a

adoção se faz presente na prática de acolhimento institucional de bebês. Isso porque realizamos uma pesquisa exploratória e qualitativa que não abordou diretamente a questão da adoção.

Além disso, as nossas entrevistadas não têm informações *a posteriori* dos casos em que atuaram; há uma grande fragmentação da rede no acompanhamento dessas mulheres e seus bebês. As equipes da saúde não sabem o desfecho dos casos, assim como as profissionais da justiça realizam estudos psicossociais pontuais sobre as famílias, não acompanhando mais aqueles processos, a não ser que retornem, o que costuma ser raro.

Apenas essa entrevistada conseguiu estimar o desfecho dos processos que acompanha porque está numa VIJ de uma cidade do interior de São Paulo, situação bastante distinta de quem atua na capital paulista, por exemplo. A estimativa apontada por OLGA de que cerca de 70% dos casos de destituição do poder familiar seguem para adoção se caracteriza como um número bastante alto, se considerarmos o retorno para a família de origem ou extensa como prioridade no nosso ordenamento jurídico. De qualquer modo, podemos apenas inferir que seria de suma relevância a realização de estudos que investigassem os desfechos desses frequentes casos de acolhimento institucional.

Em relação às dificuldades no acompanhamento desses casos, nossa interlocutora assim descreve:

Justamente a falta de interesse no tratamento porque a gente sabe que hoje, 99% desses casos envolvem o uso do *crack* então são pessoas que, pelo alto nível de comprometimento com a droga, elas já perderam essa autonomia, essa autocritica de buscar por si só o atendimento e a família, muitas vezes, se cansou de buscar apoiar e ir atrás, principalmente da internação. Porque hoje é regra, né, o entendimento, pelo menos, grosso modo, da população de que é a internação que vai promover a cura, o tratamento do usuário de entorpecente, então como a família, muitas vezes, ela já buscou, ela não conseguiu, ou mesmo buscou de forma pouco efetiva, quando a gente até faz um levantamento junto a essas famílias, a primeira pergunta que você faz é: "você já buscou uma orientação, encaminhamento para o CAPS que é atendimento de apoio psicológico do município?", "não, nunca procurei", "por quê não?", "ah, porque ela não quer", ou geralmente ela, a mãe mesmo que a gente está tratando, da gestante, então ela não quis, então ela não foi, então essa é a maior dificuldade que tem, dessa adesão ao tratamento, tanto da família como da própria gestante.

De um lado, a questão da não adesão ao tratamento emerge aqui, no relato da OLGA, como elemento central enquanto dificuldade nesses casos. Por outro lado, o apoio familiar constitui-se como fundamental na vida dessas mulheres, na visão da nossa entrevistada, conforme sua fala a seguir:

O que a gente observa é que quando existe o respaldo familiar, quando essa parturiente, essa gestante conta com apoio familiar, acaba sendo mais efetivo esse tratamento, porque ela tem, vamos dizer, onde comer, beber, dormir e tem o colo, digamos assim, pra receber. Então a família, estando apoiando, a recuperação, ela acaba sendo mais efetiva, mas a grande maioria, quando chega nesse estágio, ela já rompeu com a família então essa é a nossa maior dificuldade, dessa família se responsabilizar por um membro da qual ela já abriu mão, pelos percalços, cada qual tem a sua história aí de vida.

Já no que diz respeito aos cuidados da criança pela mãe ou pela instituição de acolhimento, OLGA estabelece uma comparação:

A partir do acolhimento institucional, as crianças acabam recebendo, ainda que na ausência dos cuidados maternos específicos, mas um atendimento de maior qualidade porque essas mães, *a priori*, não ofereceriam esse tipo de cuidado materno adequado, que são mães de vivência totalmente desprovidas de higiene, de, às vezes, habitação, de alimentos adequados, justamente por conta do estado de drogadição que elas estão.

OLGA nos conta que o acolhimento da criança pode ocorrer por outros motivos também: *“Já tivemos, por exemplo, crianças que foram acolhidas, não pelo uso de entorpecente da genitora mas pelo não comparecimento, pelo não acompanhamento do pré-natal”*. Buscamos aprofundar essas situações, junto a nossa entrevistada, para compreender os contextos e as características desses casos:

Quando observou-se que realmente esse não comparecimento aos atendimentos pré-natais foram decorrentes de negligência, até porque, muitas vezes, na identificação de um caso, você observa que, por exemplo, outros filhos estão em situação de negligência, de ausência de cuidado de vacinação, fora de creche, de escola, então assim, alguns outros elementos. Mas também existem casos onde foi noticiado, ou averiguado que, por exemplo, não teve tempo hábil, uma mãe que porventura ficou sabendo da gravidez tardiamente, já no seu sétimo, oitavo mês de gravidez, por ausência de sintomas e que, no decorrer tem uma vida, digamos assim, minimamente organizada, que não configura a negligência em si, então já teve, lógico, situações.

Percebemos a existência de um protocolo de condutas que deve ser seguido, em relação a como cuidar das crianças. Agentes estatais ficam encarregados de avaliar esses grupos vulneráveis, funcionando como verdadeiras polícias das famílias (DONZELOT, 2001). A força da disciplina se faz presente nesses casos, exigindo que as pessoas estejam adequadas ao protocolo, caso contrário, sofrerão sanções. Questões do cotidiano como, por

exemplo, vacinas e inserção em creche integram a lista de supostos cuidados, podendo ser agravantes na avaliação dessas famílias, no caso de não cumprimento.

Nesse sentido, concordamos com Nascimento (2016) quando diz que o discurso da negligência ganhou força a partir do ECA, já que não se pode mais falar em abrigo por motivos de carência material. A pobreza deixa de ser um motivo de separação familiar, no entanto, se presentifica na negligência por meio da falta, da ausência e falhas em relação à alimentação, saúde, educação, dentre outros aspectos. Nesse contexto, a negligência emerge como voluntária, irresponsável e de ordem individual dos pais, descartando outros modos de cuidado e gestão da vida dos/as filhos/as.

OLGA menciona também como essas situações de acolhimento institucional podem ensejar mudanças familiares:

A situação limite que é essa do acolhimento da criança, muitas vezes, mobiliza na genitora e nos familiares uma mudança de postura, então vamos dizer, que mobiliza realmente ações efetivas na busca de tratamento, na busca de outras resoluções, a família se mobiliza, então, às vezes, naquela história, precisa chegar no ponto limite pra isso, mas que tem também algumas soluções, nem todos os casos são perdidos, mesmo porque quando a gente trata, dentro da psicologia, a gente já vê sempre com esse olhar, olhar da recuperação, olhar do tratamento, da busca por uma saída positiva.

Já ANNA comenta que essas situações de separação de mães e bebês eram muito comuns quando ela estava numa VIJ da capital, onde permaneceu por dois anos, aproximadamente. Na atual localidade em que se encontra não se deparou com nenhum caso, chegando a afirmar que poderia ser *“pela diferença da riqueza da cidade”*, evidenciando a seletividade dessa prática, de acordo com questões sociais, econômicas e de classe.

As urgências eram muito comuns lá, na capital, a gente atendia quase que semanalmente às urgências, muitas delas eram altas hospitalares. Eram altas hospitalares que vinham encaminhadas do hospital por perceber alguma fragilidade, alguma questão daquela família ou na gestante e aí eles não liberavam a criança pra essa genitora ou pra familiares sem encaminhar pro Judiciário. Então, como a criança tava hospitalizada, esses casos vinham pra gente sempre presente como urgência, o que significa urgência? Significa que o caso chegou, a gente tinha que atender naquela semana e naquela mesma semana fazer um laudo pra poder o juiz dar alguma determinação que era encaminhada ao hospital pra poder dizer a quem o hospital iria entregar essa criança ou se ela seria acolhida. Eu tive uns 22 casos de urgência, um pouco mais da metade foram encaminhados pelo hospital pelo uso de drogas e os outros foi por problemas psiquiátricos da genitora ou dos dois pais.

Em função do tema da pesquisa, nossa entrevistada relatou ter feito um levantamento prévio dos casos que ela atendeu no período que ficou na VIJ da capital paulista. Desse modo, ela acompanhou 22 casos no período de dois anos, sendo que um pouco mais da metade estavam enquadrados em uso de SPA pela mãe e o restante envolvia transtornos mentais. A maioria desses casos considerados de urgência eram altas hospitalares relacionadas à situação do encaminhamento dos recém-nascidos.

Podemos perceber, nessa explicação, como já havia um procedimento próprio interno dessa VIJ que se caracterizava como “urgência”, ou seja, esses casos precisavam ser atendidos em até uma semana para que o magistrado decidisse o destino do bebê. Concomitante a isso, também supomos que, do ponto de vista territorial, já existia uma parceria entre a maternidade e essa VIJ para que houvesse essas notificações de modo mais corriqueiro. Em outros termos, a construção de um fluxo de trabalho entre a saúde e a justiça prescinde de documentos formais que institucionalizem determinadas práticas.

Sobre as drogas que eram utilizadas pelas mães, nesses casos atendidos por ANNA, ela nos esclarece, de modo mais detalhado, quais informações estavam disponíveis e como era realizada a análise das famílias:

Alguns desses casos vinham com um breve relatório ou do serviço social ou da psicologia, que fazia um estudo preliminar com essa família, então, alguns desses relatórios, ou pelo próprio relato dos familiares que falavam a condição dessa genitora, ou dos pais que descreviam, que discriminavam qual era o tipo de droga ou a própria genitora falava a droga que ela usava. Então, o hospital relatava essa situação, alguns tinham alta já, mas eles não eram liberados por conta dessa questão, ficava pendente o caso de urgência. Quanto mais tempo ela ficava hospitalizada, mais em risco ela ficava, em termos de saúde, em termos de desenvolvimento porque estava exposta à outras doenças no ambiente hospitalar. Então, esses casos a gente tinha que atender em caráter de urgência, o que já é bastante delicado pra gente em termos de avaliação e estudo, então, lá, as famílias são bastante numerosas, um perfil bem característico dessa região, é muito comum você ver terrenos em que cada um constrói um cômodo ou uma casa por cima da outra e mora todo mundo junto, então eram atendimentos exaustivos, por vezes, a gente sempre pontuava que era um estudo preliminar em caráter de urgência e aí, às vezes, não vinha discriminado qual era o tipo de substância. Então, a gente fazia entrevista tanto com a genitora e se o genitor tivesse sido identificado e localizado, ele também era entrevistado, a família extensa dos dois também eram, se a gente tinha se dado e aí, às vezes, a urgência, ela não se resumia ao primeiro dia porque, nessa primeira entrevista com esses familiares, a gente investigava, quem tinha condições, quem reunia condições, interesse pra assumir a guarda dessa criança e, por vezes, os familiares indicavam outros familiares ou o endereço do pai ou da família materna e paterna. Então a gente acabava marcando pra semana seguinte no nosso dia de urgência a entrevista com os demais familiares.

O relato da nossa interlocutora expõe a complexidade dos casos e as dificuldades de concluir a avaliação das famílias com urgência. Aliado a isso, ainda havia a situação de não liberação do hospital, fazendo com que a mãe e a criança permanecessem internadas, não havendo indicação para tal, expondo-as a uma situação de risco desnecessário. Ou então, a mãe tinha alta hospitalar, mas o bebê seguia internado, aguardando a decisão judicial.

No que diz respeito ao desfecho dos 22 casos que avaliou, ANNA conta:

Só foram dois casos mesmo que foram pra acolhimento institucional. A grande maioria ficava com a família extensa e sempre com essa ressalva de que os genitores teriam direito, eles seriam responsabilizados se a criança fosse entregue aos genitores. No momento em que eles assumem a guarda, a gente explicava o que significava isso, então assim, a gente fazia essa orientação “você não podem pegar a guarda da criança e entregá-la aos pais e ao mesmo tempo você não podem proibir esse convívio entre a criança e os genitores”.

Saber que a maioria desses casos ficou com a família extensa caracteriza-se como um alento, em comparação às demais entrevistas feitas em São Paulo e também em relação ao cenário de Belo Horizonte/MG. Nos casos avaliados por ANNA, a convivência familiar foi priorizada conforme preconiza nossas normativas sobre o assunto ao invés do abrigamento e encaminhamento posterior para família substituta. Ao mesmo tempo, temos a compreensão de que essas avaliações são subjetivas, na medida em que uma mesma família pode ser avaliada distintamente, a depender do/a profissional. Isso não significa invalidar o trabalho técnico desenvolvido, mas apenas sinalizar para a dinamicidade dessas avaliações.

De qualquer forma, ponderamos as dificuldades de identificar os componentes pessoais que podem estar presentes nessas avaliações, levando os/as profissionais concluir pela adequação ou não da família extensa em assumir os cuidados de uma criança. Do ponto de vista pessoal, nossos dados apontaram para a presença de valores morais como sendo um fator de relevância na avaliação dos casos, sendo o ECA e demais normativas utilizados de acordo com essas opiniões particulares. Dito de outra maneira, a legislação da infância vigente tem sido usada como argumento tanto para fundamentar a necessidade de abrigamento como também para impedir o acolhimento institucional, demonstrando a diversidade de usos que podem ser feitos desses instrumentais.

Nossa interlocutora acrescenta como costuma avaliar os processos que chegam:

É uma manifestação de toda uma problemática muito maior que envolve essas pessoas. Então, é um olhar mesmo, um olhar individualizado pra cada um desses indivíduos que passam por essa dificuldade e, no sentido, de

verificar quais são todas as outras demandas paralelas a esse uso pra que possa fortalecer essa pessoa, eu acho que não adianta a gente pensar em encaminhar apenas para um CAPSad ou pra qualquer tipo de unidade que faça um tratamento específico pra dependência química, sem olhar pra toda essa outra vulnerabilidade que essa pessoa tá inserida. Eu acho que é nesse sentido assim, que a gente costuma até relativizar nos relatórios e colocar todas as outras dificuldades que essas famílias acabam passando, e a importância das políticas públicas estarem ali presentes pra atender essas demandas, elas são famílias meio que abandonadas, a gente sempre fala, em alguns casos que a gente percebe como será que seria feito as punições, as limitações, a retirada de crianças de famílias que têm uma condição social elevada, eu sempre me pergunto isso. E eu acho que é por aí mesmo, é verificar um olhar mais amplo, mais aprofundado sobre as fragilidades e as necessidades dessas pessoas, não se detendo à questão do uso abusivo ou da dependência química, que é muito comum.

Desse modo, ANNA reafirma o caráter seletivo desse tipo de prática, chamando a atenção para a necessidade de ampliar o olhar desses casos, considerando o contexto em que essas famílias estão inseridas, além da questão do uso abusivo ou da dependência química apenas.

### 6.2.3 *Analisando as práticas na visão de quem atua na defesa dessas mulheres: “Ou você adere ou você vai ter seu filho roubado oficialmente”*

Ainda dentro do Sistema de Justiça, entrevistamos MEIRE e RITA, psicóloga e assistente social respectivamente, ambas com atuação na Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE).

MEIRE nos contou como se deparou a primeira vez com essa situação da separação entre mães e bebês quando foi participar de uma reunião ampliada numa maternidade na cidade onde atua:

Foi numa maternidade que acolhia com gosto e gás e achava que era a coisa melhor que estava fazendo na vida: acolher aqueles bebês. E é uma maternidade que recebe mães em situação de rua e em situação de uso problemático de drogas ou assim considerado; dizem que elas estão assim, nessa situação. E, dali em diante, passa a ser uma verdade. Então depois que você virou essa pessoa, ninguém mais tira esse estigma de você (...). No final de 2012, foi quando eu vi que elas não estão fazendo isso de sacanagem. Elas acham mesmo que isso é o melhor que elas podem fazer e elas têm que fazer isso.

A partir desse relato, podemos constatar, mais uma vez, como existem serviços de saúde que institucionalizaram a prática de abrigamento de bebês, independente de normativas

e/ou orientações institucionais oficiais. Mais do que a questão do uso de SPA em si, torna-se, cada vez mais evidente, como a decisão de separar mães e bebês está vinculada a um determinado perfil de mulheres. Ao mesmo tempo, na visão da nossa interlocutora, parece não haver questionamentos em relação a essa prática, na medida em que as equipes compreendem estar conduzindo essas situações da melhor maneira possível.

A questão da adesão ao tratamento emerge na fala de MEIRE, nos remetendo novamente a como se exige dessas mulheres o cumprimento de um determinado protocolo, no anseio de regular seus corpos. Porém, essas mães escapam a qualquer tentativa de controle e governo das condutas, mesmo diante de situações limítrofes como o abrigo dos seus bebês. Sobre esse aspecto, MEIRE reflete:

Essa coisa do não aderir ao tratamento, isso que eu acho foda, sabe, porque, de fato, a pessoa não adere. Por que que não adere? Esse é o problema, entendeu? O não aderir ao tratamento é motivo para seguir com o acolhimento, seguir com a destituição do poder familiar e na prática é: ou você adere ou você vai ter seu filho roubado oficialmente. Como é que você fala isso para mãe: “Ó, obedece, só obedece”. Que coisa horrível de se dizer pra uma pessoa! “Faça assim assim assado, se você não fizer assim assim assado, você não vai ter seu filho de volta”. Mas na prática é meio isso sim, sabe? Não importa, por mais que você tente construir um vínculo com aquela pessoa e convencê-la da importância daquilo. Se ela não quiser, ela não vai fazer e as consequências dela não fazer, na real, na realidade nua e crua, ela vai perder esse bebê. Ela não quer perder o bebê, mas ela também não quer perder a autonomia dela de dizer, de fazer o que ela acha que ela tem que fazer. E é muito saudável da parte dela, eu acho, fazer isso, de não aceitar essas ordens vindas do nada, sem pedir opinião, sem saber porque que ela tá fazendo, sem saber a real extensão do prejuízo à vida dela e do bebê, do fato dela usar ou não usar x coisas, sabe. Esse abuso não acontece com as grávidas da USP, ninguém vai lá na casa de uma grávida aluna da USP e falar: “Ah, você usa maconha, eu vou acolher seu filho e não sei o quê”. Ninguém faz isso. Agora é muito fácil você fazer isso com uma mãe que está ali dormindo debaixo da ponte.

Esse relato nos leva a pensar sobre a ineficácia dessas orientações por parte das equipes e como os tratamentos não são capazes de conferir interesse e capacidade de adesão junto às pessoas que fazem uso abusivo de SPA. Nesse sentido, as propostas clínicas e terapêuticas dessas instituições provavelmente deixam a desejar no que diz respeito a mobilizar o desejo de se tratar.

Merhy (2009), ao falar sobre o cuidado em saúde, chama a atenção para a extrema objetivação em torno das questões biológicas, tornando as ações empobrecidas, já que a centralidade do trabalho tem sido direcionada para a realização de procedimentos. Ele acrescenta que outros aspectos acabam se tornando secundários diante desse conhecimento

técnico biológico, como se a adesão ao tratamento fosse uma cooperação automática. Isso tem levado à perda da dimensão cuidadora das ações em saúde, trazendo prejuízos em relação a ações em saúde que deveriam ser mais potentes e eficazes.

Do ponto de vista mais amplo, em relação às políticas públicas, conforme bem pontuado pelo CFESS em documento já analisado, no campo da política de saúde mental, assistimos ao sucateamento dos CAPS e o investimento em comunidades terapêuticas privadas. Se já não havia CAPS suficiente para atender a demanda de saúde mental, menor ainda é a extensão e o alcance dos CAPSad que lidam apenas com dependência química de álcool e outras drogas. Sem contar as dificuldades, já mencionadas anteriormente, relacionadas à inexistência de ações de prevenção e tratamento do uso abusivo de SPA nos serviços de atenção básica de saúde onde essa questão poderia ter um alcance muito maior em termos territoriais (TÓFOLI, 2015). Os CAPSad, enquanto principais equipamentos de saúde que tratam das dependências químicas, estão circunscritos à política de saúde mental, tendo uma cobertura populacional muito pequena, se comparado aos serviços básicos de saúde.

Ao mesmo tempo, presumimos que as equipes, seja da assistência social, da justiça ou da saúde, não estão sendo capazes de construir vínculos e planos de atendimento singulares, com essas mulheres, que possibilitem outras saídas em termos de cuidado, filhos e futuro para suas vidas. As entrevistas pontuais, o escasso tempo para avaliar e sugerir encaminhamentos, o excesso de casos diante dos recursos humanos disponíveis nos serviços, dentre outros agravantes, têm impedido acompanhamentos mais consistentes e sistemáticos por parte das equipes interprofissionais.

Sobre o lugar da Psicologia nesse contexto, MEIRE afirma:

Eu acho que a Psicologia pode ouvir e fazer esse trabalho que as outras pessoas não têm que fazer ou não sabem fazer ou não querem fazer, não sei, esse é o nosso trabalho, é ouvir e (ir) construindo, que seja uma rota de fuga pra essas pessoas, sair daquela situação, vou entender o que tava acontecendo, sabe. E... pra desacolher, eu acho que a mesma coisa, assim... é a única via que eu consigo pensar imediatamente assim, o que é que a gente faz? A gente ouve e ajuda as pessoas a construírem novos caminhos, é isso que a gente faz. E eu acho que mostrar isso, mesmo num laudo, ou pelo menos, mostrar, num laudo, algumas condições que fizeram com que aquela situação acontecesse, ou demonstrar que aquela situação de risco: “ó meu deus, que drogada louca”, isso não existe. O que existe é uma rede totalmente fragmentada que não se conversa e que não consegue fazer o trabalho que tem que fazer. E dois anos depois, a criança continua acolhida e todo mundo fala que essa mãe não faz o que tem que fazer. Não é verdade! Só que a voz dessas mães, a voz dessa avó, ela some, ela desaparece, ela vira uma pessoa mentirosa, e, de fato, o que eu tô atendendo é isso, uma rede totalmente fragmentada. Um serviço não conhece o outro, aí fala pra outra

não ir, um manda ir no grupo, a outra diz “Não, eu conheço o serviço, não vá”. Aí a mulher obedece todo mundo, faz tudo o que todo mundo manda e ela ainda é errada, sabe? Um monte de gente que não se conversa, um monte de gente que não sabe o que o outro tá fazendo, um monte de gente que não quer saber o que o outro tá fazendo, porque senão é mais trabalho para mim e ainda depois a culpa ainda é da família.

Nossa entrevistada não apenas fala sobre como a Psicologia pode contribuir nesses casos, como também assinala a problemática de se trabalhar em rede. Por diversas vezes, MEIRE percebeu como as mulheres tentaram seguir as orientações prescritas pelos profissionais, mas a fragmentação da rede e as dificuldades dos serviços em conseguirem construir um trabalho, de fato, em rede, revelaram que existem questões mais amplas que extrapolam a conduta daquela pessoa atendida especificadamente. Entretanto, esses aspectos acabam não sendo reconhecidos pelas equipes e serviços que compõe à rede, cabendo à família a culpa por não ter conseguido sair da situação de vulnerabilidade.

MEIRE também comenta como as questões morais aparecem nos casos, como no exemplo abaixo, a partir de outros documentos que teve acesso nos processos judiciais que acompanhou:

Se você ler a peça inicial de promotor, é um show de horrores, é um julgamento atrás do outro. Eu já peguei um, inclusive, que ele dizia que a mulher se maquiava demais. Esse foi um dos primeiros, foi quando eu comecei, foi quando fiquei chocada, assim, um dos primeiros que eu peguei, ele falava que ela se maquiava demais... Era nítido que ele tava querendo dizer que ela era prostituta e prostitutas não têm direito de ter filhos, prostitutas são necessariamente ruins para seus filhos porque ela era prostituta mesmo. Mas não, ele não podia dizer isso, então ela se maquiava demais, então não sei o que que é pior também... você admitir que você acha que prostitutas são uma desgraça pra criança ou você dizer que ela se veste muito mal, usa roupa muito curta, usa muito rímel ou muita sombra.

Nossa entrevistada pontua como, nos documentos que elabora, ela busca diferenciar a questão do uso de SPA, com o objetivo de evitar a produção de verdades sobre essas mulheres. Conforme indicamos anteriormente, a adjetivação de que determinada mãe é usuária de drogas, de modo genérico, tem sido suficiente para produzir mães incompetentes e incapazes de cuidados dos/as filhos/as, mesmo que essa condição não tenha sido avaliada adequadamente. Dessa forma, MEIRE adotou um modo de tratar dessa questão, procurando evitar aspectos que levem à produção de estigmas e estereótipos sem fundamentos, como vemos a seguir:

Pessoas que eu atendi não estavam nessa situação, não eram usuárias de drogas não! Por isso que, quando eu falo sobre isso agora, eu escrevo assim: mulheres em situação de rua e ou, e barra ou, e aí entre parênteses consideradas com uso problemático de drogas. Porque aí o “consideradas” inclui a ideia de que elas são ou não usuárias problemáticas de drogas. Mas se a rede disser que é, ninguém nunca mais vai perguntar se é ou não. Ninguém vai averiguar essa informação, é o bastante uma pessoa da rede, especialmente se for da saúde, dizer que ela é usuária de droga, especialmente se for da maternidade, assim, sabe, porque um dos casos que eu peguei, eu já entreguei o relatório, na verdade, isso é mencionado uma vez, no relatório do Serviço Social da maternidade que a equipe de saúde disse que ela estava chapada na hora do parto. Dali em diante, dali daquele relatório do Serviço Social em diante, todo mundo fala que ela estava chapada durante o parto, durante todo o trabalho de parto, chegou chapada e ficou chapada durante todo o trabalho de parto. É uma verdade ao longo do processo, ninguém questiona, entendeu? Tanto que, no meu relatório, eu coloquei assim: “Então, gente, a equipe de saúde falou isso. Isso foi passado para frente como verdade, mas ninguém pensou em fazer um exame toxicológico nela, cadê o exame toxicológico, cadê o *crack* dentro dela? Tava dentro dela mesmo?”.

No exemplo acima, constatamos como determinadas verdades sobre as pessoas podem ser forjadas, sem que haja elementos suficientes, bastando uma frase em um relatório para produzir algo sobre essa mulher que não será posteriormente questionado em nenhum momento. Nesse sentido, vemos os efeitos e as repercussões desses documentos genéricos, realizados, muitas vezes, com pouco tempo, já que as maternidades têm prazo de até 48h para liberar os leitos, não havendo recursos técnicos nem humanos suficientes para avaliar as famílias adequadamente.

Vemos como as relações de poder e as produções de verdade estão intimamente ligadas, segundo Foucault (2013) a partir do binômio poder-saber. Conhecimentos técnicos estão associados a lugares de poder, permitindo que supostas verdades sobre as pessoas e suas situações de vida sejam produzidas e alcancem o estatuto de avaliações que dispensam questionamentos e/ou comprovações.

De acordo com a pesquisa feita pela Universidade Cruzeiro do Sul (2013), as famílias que perdem os/as filhos/as na capital paulista tendem a ter a mãe como figura central, sendo o pai uma figura que pouco aparece nos casos de acolhimento instituição e destituição do poder familiar. MEIRE confirma isso no seu trabalho cotidiano:

O direito da mãe sempre perde. Quem é que sempre vai perder quando o direito da criança for colocado na pauta? Sempre é a mãe. Nunca vai ser o pai porque o pai some. Isso é uma outra coisa também que eu percebo nos processos, existe assim um massacre dessas mães e o pai não é citado, só vezes, sabe. Às vezes, não, na maior parte das vezes, ele não aparece, é

como se fosse assim, ( ) uma geração espontânea, entendeu. Ninguém tenta ir atrás desse cara, da família desse cara, fica só no lombo da mulher.

A entrevistada destaca a desvantagem dos direitos das mulheres em relação aos direitos das crianças e aproveita para comentar como o pai é uma figura quase que inexistente nos casos em que acompanha. A culpabilização recai sob as mulheres, na medida em que os pais não aparecem e parece não haver interesse em responsabilizar esses homens pelos/as filhos/as que não cuidam. Confirmamos como a gestão dos cuidados da prole segue incidindo quase que exclusivamente nas mulheres, sejam mães e/ou avós, havendo pouca repercussão junto aos pais em termos de responsabilização.

No que se refere especificamente à questão do tratamento para uso abusivo e/ou problemático de SPA, MEIRE se posiciona claramente:

Pra mim, a redução de danos é a única que é realmente viável. Porque você pode construir com aquela pessoa alternativas, você pode construir com ela formas de usar e formas de pedir ajuda. Assim que usar, se for o caso, pedir ajuda: “ô, eu usei em tal momento”, sabe? Ela não precisar não te buscar mais, se ela escorregar, entendeu? Porque, na abstinência total, parece que se você escorregou, você é um fracasso, você não vai querer voltar coberto de vergonha porque, de novo, você, “fracasso total, fracassou, ah que novidade não? Não era óbvio que você ia fracassar?”.

Podemos considerar que a lógica da abstinência não sabe trabalhar com a questão das recaídas, muitas vezes, aumentando a culpa do sujeito quando usa a droga e não consegue se manter abstinência. Já a perspectiva da redução de danos entende que as recaídas fazem parte do tratamento, na medida em que a abstinência não é o objetivo principal ainda que possa ser a meta da pessoa, a depender do plano terapêutico singular construído.

Já RITA, assistente social, comenta alguns aspectos que os hospitais e maternidades paulistas têm enfrentado em relação ao tema:

(...) o quanto de valores ou julgamento podem estar, de alguma forma, sendo usados como base pra indicação do risco, a falta de conhecimento, muitas vezes, a falta de tempo hábil pra fazer um estudo porque, muitas vezes, as maternidades têm um período de 24 horas, no máximo 48 horas pra liberação do leito. Aí, a gente tem uma realidade de internações sociais que eles dizem, que é, por exemplo, a criança está com alta, ela poderia estar com a família, porém, ela fica retida, continua internada no hospital porque houve a judicialização daquele caso ou porque a equipe do serviço social e psicologia da maternidade tá fazendo um estudo e aproximação com a família pra identificar se tem uma outra pessoa que pode auxiliar no apoio pra que a criança possa ser liberada pra estar com a família, tentando evitar, às vezes, o acolhimento. Em outros casos, quando fica sob júdice, acabam

aguardando uma decisão judicial, e aí a criança fica internada sem indicação de saúde pra estar internada, o que também expõe a criança ao risco, enfim, aguardando uma decisão do juiz, se ela vai dali direto pro acolhimento. E aí tem algumas comarcas em que isso acontece com muita frequência, sai direto da maternidade pro acolhimento, pra então iniciar um estudo e o trabalho com a família e não o acompanhamento com a família pra então identificar se caberia, por exemplo, se foram tentadas mesmo todas as alternativas antes do acolhimento que é o que o ECA prevê.

Apesar da realidade paulista parecer bem diferente da capital mineira, a partir desse relato, conseguimos vislumbrar como ambos locais têm semelhanças no modo de conduzir a mesma questão. Resumidamente: as dificuldades das equipes das maternidades em realizar avaliações técnicas fundamentadas; a presença de julgamentos morais nesses casos; o pouco tempo hábil para concluir esses estudos e as interações sociais quando não há indicação médica para manter o bebê no hospital.

Nossa entrevistada sinaliza como o preconceito em relação ao uso de SPA, as opiniões pessoais e a falta de conhecimento técnico sobre a temática de drogas tende a levar as equipes para condutas naturalizadas, como vemos no relato abaixo:

Mas a gente tem identificado sim, uma questão muito presente, da visão de mundo, dessa visão preconceituosa sobre a questão do uso do *crack* principalmente, em relação à essa associação direta que se faz. [A mulher] relatou que, em algum momento da vida, fez uso de drogas, associa-se diretamente ao risco, inclusive, a gente tem identificado algumas equipes que, muitas vezes, no relato não há nem essa diferenciação, de “estou fazendo uso” e “já fiz uso em algum momento da vida”, isso foi apontado, inclusive, por algumas equipes que, às vezes, identificou que já fez uso, então aquilo já é um indicador, já teve uma criança acolhida... a gente já identificou em processos individuais que a gente acompanha, então como se isso fosse um motivo pra acolher esse bebê que acabou de nascer.

Diante dessa falta de procedimentos unificados por parte das maternidades e hospitais, o trabalho do GT Maternidades, citado antes, tem se reunido para construir um fluxo com as equipes de saúde e também com os profissionais do CnaR para evitar que condutas inadequadas junto a essas famílias vulneráveis sigam acontecendo.

Macedo e Machado (2016) realizaram um estudo no Rio Grande do Sul sobre gestantes que usam *crack*, entrevistando profissionais de dois serviços de saúde, sendo um deles o CnaR. As autoras evidenciaram como a abordagem de rua, o estabelecimento de vínculos diretamente no território, e também em outros espaços por onde as pessoas circulam, permitem um conhecimento bastante distinto por parte das equipes, se comparado aos serviços de saúde tradicionais. Dessa maneira, a questão do uso de SPA pode ser apenas um

aspecto dentre várias outras dimensões da vida das mulheres grávidas, ensejando propostas e a adoção de outras estratégias para enfrentar as dificuldades vivenciadas, de acordo com esses elementos singulares.

Podemos perceber, tanto em Belo Horizonte/MG como em São Paulo, a importância desse trabalho do CnaR, no sentido de ter se apresentado como um dos únicos serviços que têm conseguido acessar essa população vulnerável e estabelecer vínculos potentes. Os demais equipamentos, seja da própria saúde como da assistência social, parecem não estar sendo capazes de formar vínculos com essas mulheres, restringindo-se a aplicação de protocolos e realização de inquirições, de cunho policaresco.

RITA expõe uma situação que ainda não havia sido explicitada antes em nenhum documento nem nas entrevistas que realizamos com profissionais de Belo Horizonte/MG:

Tem nos assustado porque não foi um único caso, é algo que tem acontecido em municípios diferentes, por exemplo, de solicitação de acolhimento do bebê antes mesmo de nascer, acolhimento porque a mãe tá gestante, porque ela está em situação de rua e isso com o histórico. Na medida que a gente vai se aprofundando no caso, vai tentando identificar a trajetória dessa mãe e tudo, a gente, inclusive, identifica o quanto essa mãe, o quanto é importante pra essa mãe essa gestação.

Podemos perceber, nesses pedidos antecipados, como o fato de estar em situação em rua é suficiente para pedir o acolhimento dos bebês dessas gestantes antes mesmo do nascimento. Fica demonstrado aqui como não há nenhuma preocupação com essas mulheres, mas apenas com seus bebês que ainda nem nasceram. Não se pensa em estratégias de acompanhamento das famílias para que tenham melhores condições de vida, mas somente em supostamente cuidar das crianças, ignorando a prioridade de convivência familiar e o acolhimento institucional como medida excepcional, de acordo com as normativas da infância. Frente a esses corpos indóceis que se recusam a cuidar de seus bebês nos padrões de moralidade da nossa época, adota-se a tática de agir “preventivamente”, solicitando o abrigo dos bebês antes mesmo do nascimento, já que essas mulheres são consideradas incapazes pelo seu histórico pessoal e familiar.

Nesse sentido, compreendemos como essas mães são vistas como perigosas para seus filhos, na perspectiva colocada por Foucault (2003), de que os sujeitos têm sido avaliados no nível das virtualidades e não dos seus atos propriamente. Em outras palavras, de acordo com essa lógica penal, as pessoas são consideradas, a partir do que são capazes de fazer e do que estão na iminência de fazer. Adentramos no contexto em que não importa exatamente as

infrações efetivas de uma determinada lei, mas “*das virtualidades de comportamento que representam*” (p. 86).

RITA também problematiza a questão do tempo da infância e o tempo do judiciário, trazendo as contradições e os desafios colocados para as equipes e as famílias atendidas:

A gente considera a questão da importância do tempo pra criança, então, que os processos tenham muito menos tempo de duração do que um processo comum. Mas isso tem, ao mesmo tempo, essa duplicidade, de que, em alguns casos, a gente percebe que a questão do tempo acaba sendo contra, às vezes, o direito. Em que sentido? Que há uma pressão dos outros órgãos do Sistema de Justiça pra ter uma decisão rápida, que nem sempre garante tudo aquilo que também tá previsto e que deveria ser levado em consideração de uma forma associada ao tempo, que é esse investimento, esse trabalho com a família de origem, enfim, ou mesmo com a família extensa quando é necessário.

Dessa forma, percebemos o paradoxo de haver uma prioridade nos processos judiciais envolvendo crianças, paralelamente ao fato de que o trabalho junto às famílias para que deem conta da gestão dos cuidados dos seus próprios membros exige tempo e investimento. Como, no Brasil, as políticas de assistência às famílias vulneráveis não estão consolidadas, temos alguns programas pontuais que funcionam por meio de concessões pecuniárias periódicas, sem que isso possibilite mudanças estruturais e significativas nessas famílias em um curto prazo temporal.

Concomitante a isso, como os recursos humanos, técnicos e financeiros para investir no cuidado desses núcleos familiares são escassos, trabalha-se com o acolhimento institucional como uma estratégia mais segura e garantidora da proteção desses bebês. A falta de informações prestadas às famílias também acarreta consequências, muitas vezes, irremediáveis, na visão da nossa interlocutora:

Se a equipe da maternidade não orienta a família a procurar a Defensoria, ela só vai ficar sabendo que ela teve direito a uma defesa mesmo, no sentido de ter um Defensor ou Defensora Pública, de ter um profissional da Psicologia, do Serviço Social pra uma atuação interdisciplinar da Defensoria, quando o juiz informa e demanda o atendimento na Defensoria, só que isso demora. E aí, esse tempo do trabalho com família, normalmente a criança já tá acolhida e aí já tem uma avaliação preliminar onde a gente não teve condições de influenciar de alguma forma, no sentido de dar voz à família, ou a gente fazer esse contexto da família pra que realmente esteja presente, por exemplo, na construção do PIA que ela tem direito à participação, de fato, na elaboração do plano de acompanhamento... então tem uma série de prejuízos dessa demora.

O relato acima evidencia a falta de trabalho intersetorial e as dificuldades de concretizar um trabalho, efetivamente, em rede, sendo as famílias, enquanto principais interessadas, justamente as mais prejudicadas. No entanto, alguns serviços de saúde e da assistência social têm procurado a Defensoria Pública quando o acompanhamento anterior das mulheres na rede é ignorado, como também foi mencionado ocorrer em Belo Horizonte/MG. Sobre isso, RITA comenta:

É mais frequente a gente ser acionado nesse tipo de acolhimento por equipes, por exemplo, da política de assistência social ou do próprio CAPS quando a mãe já era acompanhada pelo CAPS; justamente por profissionais discordarem e entenderem que tinha todo um acompanhamento que foi desconsiderado a partir do nascimento do bebê.

Nesse sentido, mesmo que os serviços conheçam as mulheres e falem sobre a história pregressa da família e a discordância em relação ao abrigamento, esse histórico é desconsiderado pelo Poder Judiciário e pelo MPE demonstrando a arbitrariedade dessas situações.

A gente percebe no Estado de São Paulo e, eu imagino que isso, pela conversa com juízes e promotores, isso deve percorrer todo o país, a gente tem muito ainda aquela política da comarca, então independente do que tá previsto no ECA, a gente percebe que há uma diferenciação muito grande nesses fluxos por comarca. Então, na capital de São Paulo, a gente tem comarcas em que o fluxo é direto Maternidade – Poder Judiciário e o acolhimento, por exemplo, naquela comarca é muito mais frequente. E a gente tem realidades bem distintas e todas, de alguma forma, a argumentação, seja dos profissionais de outras áreas, como do Direito, às vezes, tem sido naquele olhar de tentar buscar um subsídio no ECA, pra justificar aquele tal fluxo.

A fala da assistente social expõe como são feitos arranjos locais, de acordo com os interesses das instituições e os jogos de forças presentes, já que ainda não há um fluxo estabelecido para esses casos, ficando muito a critério da equipe da maternidade e/ou hospital:

A gente foi identificando que não existia um fluxo, então, no município de São Paulo, não tem, depois a gente confirmou que no Estado de São Paulo não tinha nenhum fluxo. Então, cada equipe atuava conforme a sua avaliação, conforme a sua direção, enfim, e acabava ficando muito mais refém da orientação dos juízes e promotores da comarca local.

RITA nos conta sobre os dilemas das equipes de saúde e como os comportamentos pretéritos das mulheres passam a ser suficientes para que o acolhimento institucional dos

bebês sejam medidas mais adequadas, diante de uma possível negligência e/ou situação de risco futura. Caímos na lógica, já mencionada, a respeito daquilo que o sujeito pode vir a fazer mas ainda não fez, ou, seja, o futuro que ainda não veio, determinando o presente:

A gente pode conversar com assistentes sociais, psicólogos quando tem, porque tem hospitais que não tem uma atuação muito com a Psicologia, em muitos, esse tipo de intervenção era só do Serviço Social. Mas, nas nossas visitas, acabava participando o responsável pela maternidade, diretor, e aí, juntando essas entrevistas com a oficina, os relatos que a gente levantou, trouxeram muito assim, esse olhar do receio, como se fosse possível prever, que se eu sei que essa mãe faz uso de alguma substância, liberar pra que ela fique com o bebê, ainda que ela aparentemente esteja bem, é o receio que o profissional tem de que algo futuramente acontecesse com esse bebê. E, por isso, a indicação de destinar ao Sistema de Justiça um estudo, porque também, muitas vezes, a equipe tem se associado a esse pouco tempo que as equipes têm de 24 ou 48 horas pra liberação do leito e que há uma pressão dos hospitais pra liberação do leito nessas equipes.

Foucault (2008b) afirma que uma das consequências do liberalismo é a ideia de que somos colocados constantemente em situação de perigo. Ele menciona, por exemplo, como o interesse jornalístico pelo crime e o advento da literatura policial no século XIX emergem. Assim como as questões de saúde e de higiene passam a ser alvos de amplas campanhas para evitar doenças. Em relação à sexualidade, há um receio de possíveis degenerações das pessoas, das famílias e da própria espécie humana, a depender dos abusos cometidos.

Desse modo, trata-se de uma cultura do perigo; vivemos em permanente risco, seja no presente, seja no que diz respeito ao futuro. Nessa lógica, essas mães são potencialmente perigosas porque não são disciplinadas pela moral do nosso tempo, são indóceis às prescrições feitas pelas equipes, sendo necessário que seus bebês sejam protegidos dessa situação de risco futura.

Alguns casos de separação entre mãe e bebê chamaram a atenção da nossa interlocutora RITA pela celeridade, como esse que vem a seguir:

A gente já identificou alguns indícios de abuso ou de muita agilidade nesses processos de destituição, por exemplo, de bebês que estavam sendo encaminhados pra adoção com dois meses do nascimento, acolhidos e encaminhados pra adoção em dois meses, sendo que a mãe e o pai estavam procurando o bebê, só que a equipe da maternidade não disse em qual comarca foi judicializado, a família não tinha ideia de como funcionava um processo, não sabia em que serviço de acolhimento a criança estava.

No exemplo acima, podemos perceber como as famílias não são assistidas e acabam sendo prejudicadas, pois dificilmente conseguem orientação jurídica em tempo hábil antes dos

casos serem judicializados. Nessa situação citada pela assistente social, foi possível impedir a destituição porque foram encontradas irregularidades no processo, no entanto, não são todas as notificações que chegam na Defensoria. Podemos até inferir que uma minoria chega a ter uma defesa consistente que consiga influenciar na decisão judicial final, conforme apontado pelo estudo feito pela Universidade Cruzeiro do Sul.

Aliado a isso, sabemos que são processos que envolvem segredo de justiça. Dessa maneira, torna-se praticamente impossível mensurar o universo de bebês que estão sendo acolhidos, destituídos e encaminhados para adoção, a não ser que haja uma cobrança como aquela feita pelo CNJ à VIJ de BH. Mesmo assim, são informações que não estarão publicamente disponíveis, apenas para fins de fiscalização do órgão superior que solicitou.

Depois que o caso é judicializado, como já colocado por uma entrevistada de Belo Horizonte/MG, fica mais difícil de reverter a situação, de modo favorável, para a família de origem pois os vínculos afetivos se enfraqueceram, ou melhor, nem chegaram a se consolidar, já que a separação mãe-bebê se deu logo após o nascimento e a criança foi abrigada. Isso também foi confirmado por nossa entrevistada RITA:

A gente identifica que há sim um grande fluxo dessas crianças que estão indo para destituição e adoção porque tem vários casos que já chegam pra gente perdidos, que já passou o tempo, já transitou em julgado, ou que o tempo pra poder indicar outras referências, por exemplo, familiares pra ser subsídio e apoio pra que a mãe, muitas vezes, já é desconsiderado quando a família indica e a gente aponta no processo. Mas a gente percebe a falta de elementos e subsídios pra justificar esse desconsiderar, dessa indicação. Tanto que, muitas vezes, a gente entende que nem caberia indicar a família extensa, a gente acaba, às vezes, entrando nesse fluxo do Sistema de Justiça porque a gente sabe, de acordo com a comarca, a gente estuda o histórico daquela comarca, então qual é o histórico de decisões daquele juiz, daquele promotor, daquela equipe técnica? E aí a gente tenta fazer uma avaliação interdisciplinar, considerando o contexto daquele processo, o momento que a gente tá daquele processo, o que que a gente pode investir que tem mais chance de dar certo. Então, conforme a situação, às vezes, a gente acaba já indicando a família extensa porque a gente percebe que o trabalho, a partir das entrevistas e da aproximação com aquela família e que o trabalho que precisaria ser feito com aquela família é um trabalho que a gente percebe que, muitas vezes, naquele contexto daquela comarca, já não há um histórico de entendimento de que valeria a pena aquele investimento porque os argumentos usados nos outros processos são de que “ah, mas a criança não pode esperar esse tempo”, então aí a gente acaba apelando pra família extensa, mas fazendo uma proposta de trabalho com a família de que ganhe tempo pra que, enquanto o bebê possa ficar com um familiar, aquela mãe, aquele pai, enfim, aquele companheiro, possam ser também trabalhados, ter acesso ao sistema de saúde, pra que eles possam futuramente ter condições de cuidar desse bebê. Porque a gente sabe que o fato deles não terem onde morar vai ser usado e já foi apontado como motivo pra eles não terem direito sobre a criança, então é bem difícil porque são valores que a gente já não

concorda porque a lei diz que isso não deveria ser motivo pra destituição, mas a gente sabe que ainda é.

No relato acima, podemos ter acesso ao detalhamento de como é elaborada a defesa de uma família vulnerável, a partir dos jogos de verdade as relações de poder presentes nesse contexto. Trata-se, muitas vezes, de construir argumentos, de acordo com os tempos possíveis e lançando de mão de estratégias para que a criança, pelo menos, permaneça na família extensa. A influência de valores morais se faz presente e opera como motivador para a destituição do poder familiar, mesmo que, legalmente, não haja esse tipo de precedente. Retomando Nietzsche (1887/2004), vemos a moralidade como uma mera obediência aos costumes de uma determinada época. Desse modo, esse conjunto de valores tem funcionado como referência na formulação de decisões, em função de uma certa maneira tradicional de agir e avaliar.

Considerando a própria política de assistência social, a existência de um serviço de acolhimento específico para bebês constitui-se como algo equivocado, na visão de RITA:

Então a gente percebe, inclusive em São Paulo, a gente sabe que existem serviços de acolhimento de bebês, então a gente tem essa noção de que isso é mais recorrente, em algumas regiões, e que tem um fluxo que funciona ali que a gente não dá conta de fazer essas defesas pra evitar. Tem alguns serviços de acolhimento, são poucos mas existem, que só acolhem bebês, o que pra gente já é um indício de algo equivocado, porque pela própria política de assistência social, a previsão é que a gente não tenha esse tipo de serviço específico, mas existe, tá dentro de regiões que a gente sabe que tem um fluxo maior de destituição, a gente já teve atuações em processos em que a gente percebe essa visão de mundo que legitima essas destituições, esses acolhimentos por pobreza, por condição de moradia e não realmente porque tem alguma algum indício de maus tratos ou de violência, por exemplo.

Também pelo ECA e pelo Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, entendemos que a convivência familiar é a prioridade, não devendo existir serviços de acolhimento institucional para bebês, já que, por lei, a orientação é que fiquem com sua família de origem ou extensa. Diante dessa impossibilidade, devem ser encaminhados para serviços que acolham mães e bebês conjuntamente. Porém, são poucos municípios, no Brasil, que dispõem desse tipo de instituição.

Nossa interlocutora reflete sobre as diferenças existentes entre a capital e os demais municípios do Estado de São Paulo, percebendo como as questões morais se fazem mais presentes nas cidades do interior paulista:

A gente tem percebido que o debate sobre isso entre os profissionais da capital tem gerado uma reflexão e um questionamento sobre esse posicionamento, o que eu vejo de uma forma muito positiva. Porém, por exemplo, infelizmente, o que a gente percebe, como a gente atua em muitos casos individuais fora da capital, no interior de São Paulo, a gente percebe que isso é muito recorrente sim, em cidades do interior de São Paulo, em que, se a gente for observar também existe um contexto, a questão dos valores morais muito fortes, em relação a essa imposição do julgamento, da sua moral, dos seus valores sobre os valores de quem se tá atendendo, então a gente percebe isso muito recorrente em cidades menores ao redor da região metropolitana de São Paulo e do interior de São Paulo, isso tem sido muito frequente. E isso tem acontecido também, que a gente tem sido acionado, isso eu não saberia dizer em números reais, se isso tem um número maior de adolescentes, mas a gente tem sido acionado também mais pra essas atuações com adolescentes gestantes, adolescentes mães que estão tendo a sua primeira gestação porque a gente tem a questão do uso das substâncias que, no interior, tem sido uma demanda de trabalho muito forte com adolescentes.

A questão de adolescentes gestantes serem motivo de acionamento junto à Defensoria Pública nos remete às hierarquias reprodutivas (MATTAR e DINIZ, 2012) onde meninas mais jovens caracterizam-se como fora do padrão desejável de maternidade, ensejando maior preocupação e consequentemente maior controle dos seus corpos e do exercício da sua sexualidade.

RITA pontua alguns fatores relacionados às condições de trabalho dessas equipes da saúde e como o contexto de precarização tem influenciado diretamente nas rotinas institucionais:

Equipe muito pequena com uma demanda muito grande, a pressão, o tempo, tem havido a precarização dos serviços de saúde, então equipes que antes contavam com seis profissionais, hoje contam com três. Então, elas têm ficado muito angustiadas de não terem tempo de fazer o mínimo que faziam antes e, ao mesmo tempo, acho que talvez porque tem sido provocada a discussão, talvez porque houve essa conquista, que eu vejo como uma conquista muito importante assim, esse movimento de contracultura. Nesse sentido, a Nota Técnica do Ministério da Saúde, acho que ela tem um impacto importante. Então, eu vejo que ela trouxe para os profissionais de saúde essa possibilidade, de ter um outro tipo de respaldo pra se posicionar contra isso que vem acontecendo, acho sim, também tem um movimento, então isso tem gerado um conflito.

Através dessa fala, também podemos perceber como a iniciativa do MS de produzir notas técnicas orientando os serviços de saúde sobre como lidar com esses casos apresentou-se como relevante. Isso porque esses documentos desencadearam discussões em locais onde essa prática não acontecia, como, por exemplo, a situação já mencionada da cidade de

Piracicaba que ensejou uma resolução municipal das diferentes secretarias atuando, de modo preventivo, por meio da criação de um protocolo para esses casos. Também constituem-se como apontamentos técnicos para as equipes que colaboram na construção de argumentos, além dessas notas técnicas funcionarem como suporte em termos de questionamento, em contextos onde essa prática ocorre e está sendo naturalizada.

Nossa interlocutora traz, mais uma vez, a primazia do julgamento moral na avaliação desses casos por parte do Poder Judiciário, ao mesmo tempo em que introduz outras argumentações que ajudam a desfocar a perspectiva punitiva dessas mulheres para os prejuízos que a separação acarreta junto às crianças:

É tão forte essa questão do julgamento moral sobre a mãe e o pai que tem algum histórico de uso de drogas ou que está em situação de rua, enfim, que, às vezes, a gente atuar e fazer a defesa, a argumentação usando uma série de elementos que estão presentes no ECA, enfim, a questão do direito à convivência familiar não são suficientes. Mas se a gente, dependendo da comarca, se a gente traz isso sob a ótica de que é um direito da criança conviver com seus irmãos, é um direito da criança que tá sendo negado a conviver com sua avó materna, isso sensibiliza alguns juízes e promotores que até então estavam apontando aquela destituição do poder familiar como um certo contexto de punição à mãe, seja pelo uso de drogas, seja por olhar de uma forma moralista por ela estar na rua.

Nossa interlocutora conta como essa realidade de trabalho impacta na vida pessoal de quem atua diretamente com isso, em termos de saúde mental:

Isso tem trazido adoecimento dos profissionais, não só eu senti esse impacto, colegas que atuam na Defensoria, eu sinto que também sofrem muito esse impacto. Quando a gente vai para as reuniões de rede, quem tá na ponta ali, trabalhando no dia a dia, na abordagem de rua, todo dia com aquela mãe e vê todo o sofrimento gerado pela tirada desse bebê e algumas, inclusive, da mãe de repor aquela situação com uma nova gestação, uma nova outra gestação e, ao mesmo tempo, a gente ouve essas avaliações de colegas do Sistema de Justiça “mas não adianta nada, vai lá e teve outro bebê” e não se reflete porque não se reflete como a gente tá contribuindo pra que esse ciclo não termine, ao invés de construir um outro tipo de trabalho.

Nesse aspecto, RITA problematiza como essas situações são naturalizadas, tendo em vista que não geram reflexões em torno dos motivos que levam as mulheres a incorrerem em repetições. As equipes que atendem esses casos tendem a não avaliar criticamente essas histórias singulares, também repetindo o mesmo tratamento desse tipo de demanda que, de modo geral, incide na culpabilização individual da mãe e/ou de sua família.

Isso continua a ser analisado pela nossa interlocutora quando nos convoca a pensar sobre a necessidade de ampliar o olhar para entender como esse tipo de prática se institucionaliza.

Sair desse julgamento, desse julgamento individual do outro e entender que aquilo faz parte de um sistema mais amplo que a gente alimenta como sociedade porque a gente, de alguma forma, também participa e alimenta a desigualdade, é conivente com todo o sistema que gera mais desigualdade e depois legitima essa imposição. Então, eu me sinto no direito de tirar o bebê dessa família e acho realmente que uma família que tem um poder aquisitivo maior, vai ter condições melhores de criar a criança, só por uma questão de acesso econômico e financeiro. Mas eu acho que uma outra lição pra mim também que é muito clara, a gente precisa investir muito mais, a gente precisa ter uma atuação muito integrada com a academia porque sem dados, a gente não consegue mudar isso, porque a gente fica nessa questão só do que eu percebo, mas a gente não tem um dado concreto para poder contrapor. E aí uma pesquisa que também me parece ser muito importante hoje é sobre as situações de devolução de adoção, porque a gente tem naturalizado, enfim, na sociedade, esse olhar de que a família adotiva é sempre melhor e a gente tem acompanhado e recebido muita informação de devolução de crianças que foram adotadas quando criança sendo devolvidas quando adolescentes, sem nenhuma perspectiva de nova adoção. Então qual é a política de adoção que a gente tá tendo e estão tentando mudar, em muitos aspectos pra pior na minha avaliação, sem o cuidado devido, sempre nessa perspectiva de “é melhor pra criança o quanto antes, a gente tem que agilizar”, só que não olha para o motivo, qual é o contexto que tem gerado essa necessidade desses acolhimentos, dessas destituições, seguidas de adoção.

Ao mesmo tempo, RITA afirma que a necessidade de estudos sobre o assunto é fundamental para sair do campo das percepções individuais e poder se contestar os acolhimentos institucionais de mulheres vulneráveis. Nesse sentido, ela acrescenta como seria interessante uma pesquisa sobre as situações de devolução de adoção que têm sido recorrentes e ainda se trata de um assunto pouco debatido.

Em relação a como modificar esse contexto de acolhimento institucional de bebês de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, RITA argumenta que o acompanhamento prévio dessas mulheres antes de adentrarem nas maternidades é importante para sua defesa e impedir o acolhimento imediato, logo após o nascimento do bebê:

É construir, por exemplo, com as equipes que fazem abordagem na rua, um trabalho anterior, então, a partir do momento que a equipe do consultório na rua, que tem uma condição maior de construção de vínculo com a sua mãe antes do parto, eles tendo um breve relatório, mas que indique a manifestação da vontade dela, aquilo que, muitas vezes, não é ouvido quando ela vai pro hospital ou que ela tem receio de falar porque ela nunca

viu aquele profissional, já tem medo do que vão fazer se ela contar a história toda dela. Não é em um ou dois dias que ela vai conseguir um vínculo de confiança e se abrir pra um profissional da maternidade, às vezes sim, mas isso não é o mais frequente, diferente de um profissional que a acompanha por mais tempo já na rua. Então, se esse profissional faz um levantamento com a sua mãe, já busca ali uma inserção nas políticas públicas, quando há, né, a política pública [risos] disponível, uma inserção dentro do possível pra melhorar um pouco esse contexto em que a família tá, de acesso às políticas e consegue extrair, a partir dessa aproximação com a mãe, qual é a vontade dela, registrar essa manifestação da vontade da mãe, registrar se a mãe, por algum motivo, entender que cabe a indicação de outros familiares, que outros familiares que ela indica? Qual o endereço? Onde ela vai morar depois que ela tiver o parto? Tendo esses dados, a gente percebe que é possível, isso ajuda muito na defesa e, muitas vezes, garante que o bebê não vá direto pra o acolhimento depois da maternidade.

Dessa maneira, conseguir fazer com que essas mulheres vulneráveis sejam acompanhadas antes do nascimento dos bebês, na visão da nossa interlocutora, é uma estratégia que ajuda, pois haverá uma equipe e/ou um serviço que já conhece essa paciente e poderá aportar elementos sobre seu histórico de vida e seus interesses. Cabe aqui uma reflexão a respeito das relações de saber e poder, na perspectiva de Foucault (2013), em relação a como a fala dessas mulheres, por si só, é insuficiente para que permaneçam com os/as filhos/as. É preciso que um outro, geralmente profissional, com um suposto saber técnico, diga algo sobre quem é essa mulher e suas condições de vida para que a decisão de abrigar o bebê não seja considerada.

RITA nos descreve a boa prática que tem sido realizada na cidade de Jundiaí, no interior de São Paulo, mencionada na análise dos documentos, colaborando para evitar esses acolhimentos institucionais tão precocemente:

A partir dessa aproximação, quando o bebê nasceu, a equipe do consultório na rua, a partir do combinado com eles, já encaminhou pra eles, na Defensoria Pública de lá, esse relatório e a Defensoria já entrou imediatamente. Assim que a maternidade judicializou o caso, a Defensoria já entrou no processo com o relatório da defesa porque aí a Defensoria tem esses elementos pra poder construir uma defesa com mais qualidade, com os elementos que o Poder Judiciário requer pra poder liberar e aí conseguiu fazer com que a criança não fosse institucionalizada, isso é um caminho é importante.

Avaliamos que esse é um percurso interessante, pois, no exemplo acima, foi construído um fluxo entre as equipes do CnaR e a Defensoria Pública. A equipe de saúde informa a judicialização do caso para que a defesa dessa mulher seja mais consistente. No entanto, essa se assemelha mais a uma tática de “redução de danos”, ou seja, minimizar os

efeitos da judicialização, já que se pode conseguir evitar o acolhimento institucional do bebê. De qualquer modo, a lógica da judicialização segue incólume e essa nos parece que deve ser combatida de forma mais incisiva.

Nossa entrevistada comenta, a seguir, alguns aspectos fundamentais que nos ajudam a entender a racionalidade, nos termos de Foucault (2013), que tem sido a matéria-prima desse tipo de prática:

Embora a gente tenha falado muito, nas últimas décadas, do trabalho em rede, a forma de trabalhar em rede ainda, a gente tá engatinhando pra alcançar uma forma de trabalho que, de fato, seja protetiva e não seja a junção de serviços culpabilizando a família. Então, acho que esse é um movimento que é necessário, essa mudança do olhar é necessária porque enquanto a gente olhar sempre na perspectiva de culpabilização, as respostas que a gente vai ter da nossa atuação vão ser na mesma direção. Se a gente quer respostas novas, a gente precisa rever como a gente tá olhando pra essas situações, perceber as possibilidades, né? E pra isso, a gente precisa suspender esse julgamento da culpabilização que ainda é muito frequente, que tem gerado o acolhimento porque é muito contraditório. A gente primeiro acolhe pra depois dizer assim pra família “agora você vai receber de volta seu filho”, você reintegra e aí você se propõe a acompanhar a família pra que ela realmente não precise novamente acolher a criança. Por que não investir nesse acompanhamento com mais qualidade antes do acolhimento? Não tirar pra depois trabalhar como a família recebe de volta. Então é muito contraditório, mas infelizmente tem... é uma reprodução, é uma reprodução de um olhar que a gente não superou e que tá muito baseado na questão da culpabilização, a escuta da família é muito pequena. Nos PIA's, a gente percebe que, muitas vezes, a família é chamada pra referendar o olhar dos profissionais que construíram o PIA e não pra participar, e depois tem toda uma cobrança de que não cumpriu o PIA. Se você for observar como ele foi desenvolvido, ela nem participou, ela só assinou que ela estava de acordo, de acordo não é participar, não é direito a participar.

Na medida em que a família caracteriza-se como central nas políticas sociais, quando essas mesmas famílias não conseguem dar conta do que lhes foi atribuído, automaticamente recai sob esses núcleos familiares a responsabilidade pela situação em que se encontram. Dessa maneira, as famílias passam a ser integralmente culpabilizadas, não havendo questionamento de outros fatores pela manutenção do *status quo*. No exemplo mencionado por RITA a respeito do PIA, constatamos como o ECA propõe uma mudança de cultura que infelizmente não foi incorporada por quem deveria. A família e a criança seguem secundárias num processo em que elas deveriam ser protagonistas, já que a participação de ambos é imprescindível para que o PIA possa ser bem sucedido. Almejar que um plano individual de atendimento funcione sem que os principais interessados participem na sua construção é, no

mínimo, ingênuo ou feito apenas para seguir os trâmites, sem qualquer interesse na sua concretização.

Ainda nesse contexto de mudança de cultura, ou melhor dizendo, na falta de internalização dos princípios e diretrizes que compõem o ECA, vemos outro ponto, relatado pela nossa entrevistada, que ainda parece funcionar nos moldes antigos e na lógica da punição:

Algo que se tornou um fluxo ou um entendimento que existia em muitos serviços de acolhimento: de que precisava-se de autorização pra garantir a visita [da família biológica] e não o contrário, e não de que a visita era sempre permitida que é o que diz a lei. A partir do momento que o profissional, os profissionais da equipe técnica do acolhimento entenderem que tem algum motivo que justifique a proibição, elas devem se manifestar e embasar essa defesa dela num relatório pra encaminhar pra o juiz, pra o juiz avalie se ele vai proibir ou não a visita, isso é o que diz a lei. Mas, em muitos serviços de acolhimento no Estado de São Paulo, a gente identificou que tinha um olhar equivocado de que a visita só seria permitida judicialmente, que é bem diferente, então, nesse entendimento, foi acolhido, a criança não recebe visita de imediato, só quando fosse permitida pelo juiz, então a gente se deparou com essa situação. A gente tem um ofício que a gente criou pra explicar o contexto das visitas e dizer tudo sobre o direito de visita porque a gente começou a usar nos nossos contatos com serviços de acolhimento e depois a gente formalizava, encaminhando esse ofício pra que eles tivessem um respaldo jurídico, dizendo que a visita sempre era permitida e até pra orientar as equipes que, se elas identificavam algum motivo que justificasse proibir, então elas tinham que fazer, formalizar esse relatório, encaminhar para o juiz, pra que o juiz determinasse e tivesse condições de avaliar.

Não conseguimos entrevistar nenhum/a profissional com atuação no serviços de acolhimento institucional, entretanto, de acordo com as pesquisas nacionais feitas sobre o assunto (IPEA, 2004; ASSIS et al., 2013), foi identificado como a opinião das equipes técnicas tinham relação direta com o fortalecimento dos vínculos familiares ou sua fragilização, por meio das ações empreendidas. Nesse sentido, a partir da fala da nossa interlocutora, observamos como a regra é o afastamento familiar, sendo a visita uma situação de exceção, expondo o quanto o ECA e o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito da Criança e do Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária seguem como normativas desejáveis, não necessariamente cumpridas.

RITA acrescenta como costuma ser o *modus operandi* nos casos em que há a indicação de destituição do poder familiar, esclarecendo como se dá a construção dos argumentos que ajudam a consolidar o afastamento permanente da criança da sua família de origem:

O promotor, às vezes, assim que entra com... oferece pra o juiz naquele processo a indicação da destituição e aí também já recomenda a proibição das visitas pra romper o vínculo familiar, pra que aquele processo de destituição e adoção possa correr, principalmente quando já é indicado encaminhamento pra adoção, então aí ele recomenda o rompimento do vínculo e isso também depois é usado contra a família porque “ah, não tem vínculo familiar, a família não visitou mais”, mas você vai ouvir o histórico, em algum momento, a família foi orientada pelo serviço de acolhimento que não podia mais receber visita, então é bem... ele não tem espaço, se ele não tem nenhum profissional na defesa dele que possa orientar, ele não tem nem como se fortalecer pra falar contra isso numa audiência e, às vezes, mesmo ele falando, a escuta... não tem esse espaço de escuta, é usado, muitas vezes, como argumento assim, pra adoção, pra destituição.

A partir do relato acima, fica fácil reconhecer a disparidade nas relações, envolvendo saber e poder, entre famílias, as equipes de saúde e os membros do Sistema de Justiça. Isso porque as famílias vulneráveis não costumam ser orientadas sobre o seu direito de defesa, têm seus bebês acolhidos direto das maternidades e ainda, muitas vezes, desconhecem o endereço da entidade para onde vão as crianças, além de terem as visitas restritas. Nesse complexo jogo, percebemos como se produz o entendimento de que essas famílias são incompetentes, pois não visitam seus filhos e não constroem vínculos familiares, facilitando a destituição do poder familiar e o encaminhamento para adoção.

### 6.3 Breves notas sobre a realidade paulista

Os dados produzidos a respeito da realidade de São Paulo sobre o acolhimento institucional de bebês evidenciam a complexidade do fenômeno, especialmente pela ausência de normativas oficiais que tratem do assunto, seja na perspectiva de priorizar a convivência familiar, seja na direção de determinar o abrigamento. Nesse cenário, acordos e parcerias locais são firmadas, segundo as relações de poder e interesses dos equipamentos de saúde, assistência social e da justiça, dificultando a identificação de como essas práticas se institucionalizam. Pudemos perceber que a prática de encaminhar bebês de mulheres vulneráveis para acolhimento tem acontecido, conforme relato das nossas interlocutoras e não se constitui como algo novo.

Identificamos algumas boas práticas em relação a esse tema nas cidades de Campinas, Jundiaí e Piracicaba, pois foram mencionadas por nossas entrevistadas e/ou localizamos notícias na imprensa escrita sobre o assunto, explicitando a diversidade do fenômeno no contexto paulista. Percebemos que, nesses três municípios, a criação de grupos de trabalhos

intersetoriais foi imprescindível para a construção de condutas mais condizentes com a garantia de direitos dessa população vulnerável, reduzindo o acolhimento institucional compulsório de bebês. No caso da cidade de São Paulo, ainda que tenhamos identificado a existência de um grupo de trabalho intersetorial enquanto uma boa prática que trabalha com objetivos semelhantes, não conseguimos dados quantitativos e/ou qualitativos mais consistentes, no sentido de mapear mudanças que, porventura, possam ter ocorrido, em função do trabalho desenvolvido por esse grupo.

Desse modo, avaliamos que práticas arbitrárias e violadoras de direitos, impondo a separação de mães e seus bebês coexistem com iniciativas que priorizam o cuidado familiar e a atenção integral às mulheres e seus filhos, possibilitando outras maneiras de lidar com as situações de alta vulnerabilidade, seja pelo uso de SPA, seja pela vivência de rua.

Nessa lógica, as principais normativas sobre o assunto, ou seja, o ECA, o Plano de Convivência Familiar e Comunitária e o Marco Legal da Primeira Infância acabam sendo usados, de acordo com os interesses e objetivos das equipes da saúde e da assistência social, assim como dos órgãos do Sistema de Justiça. Em outras palavras, as diretrizes e o ordenamento jurídico podem, de um lado, servir como fundamento para as decisões de separação familiar, como também, por outro lado, podem funcionar como argumento para haver um maior investimento e intervenções cuidadoras junto às famílias vulneráveis, no sentido de priorizar a convivência familiar, mantendo mães e bebês juntos.

Butler (2018) fala sobre vulnerabilidade e precariedade, acrescentando a ideia de vidas que não são passíveis de luto. São aquelas pessoas que registram, em algum nível afetivo e corporal, que não são dignas de serem protegidas, salvaguardadas ou mesmo valorizadas. Sobre isso, a autora se interroga: *“Como podemos entender esse domínio sombrio da existência na qual as populações, apesar de tudo, vivem?”* (p. 218). Não temos a pretensão de responder essa pergunta, mas apenas pontuar como essas mães fazem parte desse grupo de pessoas que não são passíveis de luto. Essas mulheres vivenciam, na própria pele, a experiência de verem seus bebês serem abrigados supostamente para ter proteção e cuidado, enquanto que elas próprias seguem no plano da desvalorização. E mais: além de não merecerem cuidados, são consideradas incapazes de fornecer tais cuidados aos próprios filhos logo que nascem.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Agir pela liberdade e tornar-se revolucionário é operar na área da jurisprudência! A justiça não existe! Direitos Humanos não existem! O que importa é a jurisprudência. Esta é a invenção do Direito.”*

GILLES DELEUZE – O abecedário

A partir dessas análises, buscamos não apenas descrever o que encontramos na capital mineira e no Estado de São Paulo sobre o acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, mas, sobretudo, problematizar *o que* tem acontecido, *como* e os *porquês* dessa separação de famílias vulneráveis.

Dessa forma, conforme já sinalizado antes, percebemos que esse fenômeno apresenta um grau de seletividade, tendo em vista que as mulheres que estão perdendo seus filho/as são mães e gestantes majoritariamente pobres e negras, que adentram nos serviços de saúde públicos. Mulheres usuárias de SPA e/ou com vivência de rua estão sendo impedidas de exercer a maternidade, encontram-se na base da pirâmide da hierarquia reprodutiva e têm os/as filhos/as sequestrados/as por agentes estatais. Não identificamos nenhum caso de mãe ou gestante de classe média e/ou alta que tenha vivenciado essa separação familiar, tampouco casos advindos de maternidades e/ou hospitais particulares.

Em relação aos desdobramentos dessa separação familiar ainda nas maternidades, constatamos que essas famílias vulneráveis não são devidamente orientadas sobre o que está ocorrendo, muitas vezes, não sabendo para onde os bebês são levados nem que têm direito à defesa. Quando conseguem orientação jurídica, já se passou tempo suficiente para que os vínculos afetivos não tenham se constituído, prejudicando ainda mais as possibilidades de retorno para a família de origem. A figura paterna aparece pouco nos relatos, incidindo quase sempre na mãe a culpabilização pela sua situação de vulnerabilidade.

Vemos como se trata de um fenômeno que envolve eminentemente mulheres, tanto no que diz respeito às famílias afetadas como no que diz respeito às equipes que atendem essas gestantes e mães. Funções de cuidado no nível privado e doméstico como também nos serviços públicos continuam sendo tarefas de mulheres, ensejando análises de gênero específicas sobre o tema. Entretanto, na presente investigação, identificamos como a ideia de cuidado encontra-se revestida de moralidade relacionada ao exercício da maternidade, ou seja, diferentes modos de ser mãe não são aceitos, cerceando a liberdade e a autonomia dessas mulheres e seus corpos que desviam dos padrões vigentes da nossa época. O uso de SPA e a

vivência de rua emergem como aspectos agravantes nesse contexto. As avaliações feitas pelas equipes, seja da assistência social, da justiça, como da saúde estão imbuídas de valores morais e de classe, incorrendo em decisões pessoais e não técnicas.

No que se refere aos *modos* como essa separação se institucionalizam, evidenciamos que são, na maior parte das vezes, sem qualquer manejo técnico e de caráter arbitrário. Isso porque não há uma construção entre os/as profissionais sobre como conduzir esse processo, havendo estratégias de simulação e mentira para que as mães não saibam e não vejam o momento de retirada do bebê do serviço de saúde. Podemos dizer que são processos autoritários e discricionários, já que a decisão de abrigar os bebês direciona-se a um público específico, não englobando, por exemplo, as gestantes e mães que fazem uso de SPA de classes sociais mais favorecidas.

Identificamos que essas práticas se concretizam, variando de acordo com as instituições locais e respectivas correlações de força, podendo haver normativas oficiais sobre o assunto ou não. A suposta epidemia do *crack* emerge como um elemento de contexto que contribui para justificar tais práticas, generalizando os efeitos do uso abusivo do *crack* para todas as demais SPA. Mulheres com relato de uso recreativo de álcool ou maconha também estão tendo seus bebês abrigados, sem avaliações mais pormenorizadas.

Nesse sentido, percebemos a existência de uma aliança entre os conhecimentos médicos e jurídicos, permitindo que determinadas vidas sejam reguladas por tais práticas de controle estatal. Podemos afirmar que, para essas vidas infames, há uma série de técnicas intituladas como tratamentos de saúde e proteção que mascaram práticas contemporâneas de disciplinamento dos corpos. Também reconhecemos os processos de judicialização das vidas infames, na medida em que uma certa lógica jurídico-policia costuma integrar tais práticas, ou seja, como normas legais de exceção passam a incidir na rotina dessas mulheres, definindo punições para determinados modos de vidas que destoam das convenções socialmente aceitas.

No caso de BH, acessamos as normativas do MPE e do TJ-MG que institucionalizaram a separação de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua e seus filhos/as, havendo centenas de bebês abrigados anualmente desde 2015 quando essa prática foi adotada oficialmente. Avaliamos que a existência de documentos institucionais contribuiu para a problematização do fenômeno de forma mais coletiva e ampliada. Nesse sentido, houve uma visibilidade relevante do tema, colaborando para posicionamentos de órgãos locais e nacionais se contrapondo ao acolhimento compulsório de bebês, como citado anteriormente.

Esse movimento de questionamento ganhou força, ensejando intervenções e críticas, estando suspensa a portaria mais recente do TJ que trata do tema. É de suma importância

revogar documentos dessa natureza, o que não se quer dizer com isso que a prática será extinta. Pudemos ver como a existência desse tipo de orientação fundamenta e norteia ações profissionais de pessoas que concordam com esse entendimento. Sendo assim, a suspensão dessas recomendações não implica o abandono automático da prática, podendo haver sua manutenção, independente de documentos oficiais ou não. De qualquer modo, extinguir esse tipo de regramento é relevante, no sentido de impedir mais violações de direitos.

Também pudemos perceber o exercício do poder soberano pelos órgãos do Sistema de Justiça, especialmente em BH, na medida em que não recuaram diante de questionamentos, tampouco possibilitaram a construção de alternativas diante dos problemas apresentados. Até mesmo na definição coletiva de que um serviço de acolhimento conjunto mãe e bebê deveria ser criado para atender esse público e possibilitar a manutenção dos vínculos familiares, houve a ingerência do MPE, decidindo que as mães não poderiam residir na casa. Diante disso, ficou estabelecido que as mães poderiam apenas ter direito à visita estendida, ratificando o caráter de exceção, já que a convivência familiar é prioridade, de acordo com as principais normativas da área da infância e juventude. Dessa maneira, conseguimos inferir que, no caso de BH, há uma centralidade institucional que tem sido responsável pela adoção do acolhimento compulsório de bebês: o MPE e o TJ-MG.

Já no Estado de São Paulo, apesar de termos conhecimento de apenas uma cidade que possui uma portaria da VIJ do TJ que aborda a questão, no caso, o município de Bauru, sabemos que podem existir outras normativas similares, já que esse tipo de documento tem uma circulação restrita, estando sua divulgação limitada às pessoas e instituições que atuam na área. Vale ressaltar, conforme já citado, que só localizamos a portaria da cidade de Bauru porque houve uma matéria jornalística divulgada na *internet* sobre o assunto.

De qualquer forma, notamos que o acolhimento de bebês de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua se caracteriza como um ato comum e corriqueiro no que tange a esse público, de acordo com as entrevistas realizadas. A ausência de documentos que sistematizem essas ações dificulta a discussão e consequente visibilidade do tema, ficando o assunto adstrito aos cotidianos locais dos serviços que atendem esse tipo de caso.

Diferentemente de BH, no caso de São Paulo, não conseguimos identificar instituições responsáveis pela disseminação desse tipo de prática, mas apenas situações locais que dispõem de arranjos e parcerias entre equipes e serviços públicos que realizam o abrigamento de bebês nos seus cotidianos de trabalho.

A experiência de algumas cidades paulistas que constituíram grupos de trabalho intersetoriais com representantes das principais políticas ligadas ao assunto demonstrou ser

uma iniciativa interessante. Dessa maneira, Campinas, Jundiaí, Piracicaba e a própria capital paulista estão construindo fluxos de trabalho específicos, no sentido de acompanhar essas mulheres de modo mais cuidadoso e antes do nascimento dos bebês. Entendemos que é esse tipo de trabalho em rede que deveria ser realizado para todos os casos e não apenas para essas gestantes e mães em situação de alta vulnerabilidade.

Sobre os motivos que têm ensejado essa prática, identificamos que o uso de SPA, especialmente, o *crack*, juntamente com o desconhecimento das equipes de saúde sobre a temática de drogas, dentre outros atributos, como, por exemplo, estar em situação de rua, alta vulnerabilidade, ausência de companheiro e apoio familiar contribuem para que o acolhimento dos bebês se concretize. Não podemos deixar de mencionar que as cenas abertas de uso de *crack*, conhecidas como cracolândias, e que foram veiculadas amplamente nos meios de comunicação televisivos, também exercem influência significativa, no sentido de produzir opiniões que passam a operar como regimes de verdade.

Ainda em relação aos *porquês* desse fenômeno ser adotado de forma ampliada, percebemos que a racionalidade específica que tem sustentado esse tipo de conduta está estreitamente vinculada à moralidade vigente de nossa época. Os desvios e os comportamentos que escapam dos costumes padrões, associado aos corpos que precisam ser controlados, têm sido os principais ingredientes dessa violência estatal contemporânea.

Concluimos que o acolhimento institucional de bebês, filhos/as de mães usuárias de SPA e/ou em situação de rua, tem se caracterizado como uma violação de direitos. Nossa pesquisa evidenciou que, ao invés do ponto de partida ser o binômio mãe-bebê, as práticas adotadas consideram a mãe e o bebê separadamente. Isso resulta numa análise e em condutas profissionais que colocam os direitos da mãe em contraposição aos direitos do bebê, e não em procedimentos que garantam os direitos de ambos conjuntamente.

Por fim, pudemos perceber que a medida protetiva do acolhimento institucional tem sido utilizada como justificativa para tirar os bebês de supostas situações de risco. Entretanto, a separação familiar abrupta, ainda nas maternidades e hospitais públicos, emerge como uma violação de direitos que acarreta outras violações, como, por exemplo, a internação de bebês saudáveis em UTI's submetendo-os a riscos desnecessários, o não aleitamento materno, o impedimento da convivência familiar, dentre outros. Mais do que impor a separação familiar arbitrária, compreendemos que é preciso pensar em maneiras de enfrentar as dificuldades estruturais que têm gerado essas situações, mais do que adotar medidas imediatistas.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_. **Signatura rerum**: sobre el método. Barcelona: Editorial Anagrama, 2009.

\_\_\_\_\_. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua I. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

ALMEIDA, Daniela Tonizza de; BARROS, Vanessa Andrade. O caso do sequestro do bebê: a violência do estado e as possibilidades de resistir. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.24, p.148-176, 2017.

ALVES, Cecilia Pescatore; CROCHÍK, José Leon. Notas sobre um recomeço: Revista Psicologia & Sociedade (1996-2001). **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 28(3), p. 616-621, 2016.

ALVES, Tahiana Meneses; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 24(2): 292, p. 443-462, maio-agosto, 2016.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11), p. 2309-2319, nov., 2009.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. Percurso metodológico do levantamento nacional de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento. Em: ASSIS, Simone Gonçalves de; FARIAS, Luís Otávio Pires (org.) **Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 63-81.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. Gerência-Geral de Taquigrafia e Publicação. **34ª Reunião Ordinária da Comissão de Segurança Pública da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura**. 27/01/15. Código do documento: 1079796. 60p.

\_\_\_\_\_. Gerência-Geral de Taquigrafia e Publicação. **1ª Reunião Conjunta da Comissão de Prevenção do Crack e outras drogas da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura**. 21/05/15. Código do documento: 1099287. 60p.

\_\_\_\_\_. Gerência-Geral de Taquigrafia e Publicação. **6ª Reunião Ordinária da Comissão de Participação Popular 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura**. 30/05/17. Código do documento: 1213876. 110p.

\_\_\_\_\_. Gerência-Geral de Taquigrafia e Publicação. **11ª Reunião Ordinária da Comissão de Participação Popular 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura**. 23/06/17. Código do documento: 1220495. 115p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. Em: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 375-417.

AYRES, Lygia Santa Maria. Naturalizando-se a perda do vínculo familiar. Em: NASCIMENTO, Maria Livia. (org.). **PIVETES: A Produção de Infâncias Desiguais**. Niterói e Rio de Janeiro: Intertexto e Oficina do Autor, 2002, p. 110-127.

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

BASTOS, Rogério Lustosa. Psicanálise e a escrita de emancipação: discussão entre Deleuze e Joel Birman. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24(1), p. 77-98, 2010.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Volume 2. 3 ed. Original de 1949. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BOYD, Susan. **From Witches to Crack Moms: Women, Drug Law and Policy**. 2 ed. North Carolina: Carolina Academic Press, 2015.

BRASIL. **Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L4119.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm). Acesso em 20 nov 2010.

BRASIL. **Lei nº 4.121, de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L4121.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4121.htm). Acesso em 15 abr 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.515, de 26 de dezembro de 1977**. Regula os casos de dissolução da sociedade conjugal e do casamento, seus efeitos e respectivos processos, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6515.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6515.htm). Acesso em 15 abr 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.697 de 10 de outubro de 1979**. Institui o Código de Menores. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/L6697.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm). Acesso em 6 jul 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm). Acesso em 01 ago 2015.

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. 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 22 jul 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009**. Dispõe sobre adoção. Altera as Leis nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de

1º de maio de 1943; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm). Acesso em 22 jul 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. 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 20 jul 2016.

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

CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Ata da 37ª Reunião Ordinária da Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor da Câmara Municipal de Belo Horizonte na 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 17ª Legislatura.** 15/12/14. 24p.

\_\_\_\_\_. **Ata da 10ª Reunião Extraordinária da Comissão de Saúde e Saneamento da Câmara Municipal de Belo Horizonte na 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 17ª Legislatura.** 26/08/15. 15p.

\_\_\_\_\_. **Ata da 6ª Reunião Extraordinária da Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor da Câmara Municipal de Belo Horizonte na 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura.** 16/03/17. 28p.

CAMINHA, Náira de Oliveira et al. O perfil das puérperas adolescente atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza, Ceará. **Revista Escola Anna Nery (impress.)**, v. 16(3), p. 486-492, jul-set, 2012.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, v. 6, p. 115-128, 2002.

CASTEL, Robert. **A insegurança social:** o que é ser protegido. Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CECÍLIA, Brenda et al. Gestar o real do corpo: o direito à maternidade possível. **Saúde em Redes**. 2018; 4(Supl.1):99-113.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CHALEM, Elisa et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(1), p. 177-186, jan, 2007.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. **Guardiões da ordem:** uma viagem pelas práticas psis no Brasil do “milagre”. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COMITÊ LATINOAMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES. **Campanha pela Convenção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos.** Versão abreviada. Fundação Ford: fevereiro de 2008. Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/combate-a-homofobia-discriminacao-por-orientacao-sexual/MANIFIESTO\\_VERSION\\_POPULAR\\_\(portuguez\).pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/combate-a-homofobia-discriminacao-por-orientacao-sexual/MANIFIESTO_VERSION_POPULAR_(portuguez).pdf). Acesso em 25 abr 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS Manifesta – O Serviço Social e o direito à convivência familiar e comunitária. Brasília/DF. 06/02/18. 2p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2018-CfessManifesta-Adocao-SerieConjunturaeImpacto.pdf>. Acesso em 21 set 2018.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Parecer da Câmara Técnica de Saneamento e Políticas Intersetoriais nº 151/2014. 09/12/14. <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/parecer-151-14-ctspi-sobre-recomendac3a7ao-05-e-06-mpjif-1.pdf>. Acesso em 21 set 2018.

\_\_\_\_\_. Resolução CMS/BH – 419/16. 15/12/16. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/res-419-16-portaria-3.pdf>. Acesso em 21 set 2018.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE BELO HORIZONTE. Ata da 11ª sessão plenária ordinária. 01/12/14.

\_\_\_\_\_. Deliberação 111/2015. 09/02/15. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1137498>. Acesso em 21 set 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação 011. 07/11/16. Brasília/DF. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2016/Reco011.pdf>. Acesso em 21 set 2018.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Brasília: SEDH/CONANDA, 2006. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/pncfc.pdf/view>. Acesso em 22 mai 2017.

\_\_\_\_\_. **Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.** Resolução 113 de 19 de abril 2006. Disponível em: [http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini\\_cd/pdfs/Res\\_113\\_CONANDA.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/Res_113_CONANDA.pdf). Acesso em 6 jun 2018.

\_\_\_\_\_. Nota Pública do CONANDA de repúdio a retirada compulsória de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas de 19/10/17. Brasília/DF. 3p. Disponível em: <http://www.direitodacrianca.gov.br/documentos/notas-publicas-dos-conanda/nota-publica-em-repudio-a-toda-e-qualquer-medida-que-autorize-a-retirada-compulsoria-de-bebes-19-10-2017/view>. Acesso em 21 set 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Censo do Poder Judiciário**: vetores iniciais e dados estatísticos. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/vid-censo-final.pdf>. Acesso em 22 jul 2018. Brasília: CNJ, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SÃO PAULO. **Nota Técnica sobre o exercício da maternidade por mães que fazem uso de crack e outras drogas**. São Paulo: agosto de 2016.

CONSTANTINO; Patrícia; ASSIS, Simone Gonçalves de; MESQUITA, Viviane de Souza Ferro de. Crianças, adolescentes e famílias em SAI. Em: ASSIS, Simone Gonçalves de; FARIAS, Luís Otávio Pires (org.) **Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 161-220.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 5 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COSTA, Samira Lima da et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015.

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO; DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Recomendação conjunta nº 01/2014/ODHTCMG/DPDH/DPIJC de 19/12/14. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendac3a7c3a3o-defensoria-pc3bablica-da-unic3a3o-2014-1.pdf>. Acesso em 21 set 2018.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo, julho de 2018. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha\\_VO\\_JUL\\_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf). Acesso em 01 ago 2018.

DEFERT, Daniel. Posfácio. Em: FOUCAULT, Michel. **O corpo utópico, as heterotopias**. São Paulo: n-1 Edições, 2013, p. 33-55.

DIGIÁCOMO, Murillo José; DIGIÁCOMO, Ildeara de Amorim. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. 7 ed. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná, 2017.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

DUARTE, André. **Vidas em risco**: crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FONSECA, Cláudia. **Caminhos da adoção**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ANUARIO\\_11\\_2017.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ANUARIO_11_2017.pdf). Acesso em 22 mai 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

\_\_\_\_\_. **A verdade as formas jurídicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. A vida dos homens infames. Em: **Ditos e Escritos 4: Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a, p. 203-222.

\_\_\_\_\_. Poderes e estratégias. Em: **Ditos e Escritos 4: Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b, p. 241-252.

\_\_\_\_\_. Poder e saber. Em: **Ditos e Escritos 4: Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c, p. 223-240.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 22 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006d.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população** – Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

\_\_\_\_\_. O que chamamos punir? Em: **Ditos e Escritos 8: Segurança, penalidade e prisão**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012, p. 280-291.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. Em: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013, p. 273-295.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **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.

GALERA, Sueli Aparecida Frari; ROLDÁN, María Carmen Bernal; O'BRIEN, Beverley. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 13 (número especial), novembro-dezembro, 2005. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em 18 jun 2018.

GOMES, Janaína Dantas Germano. **Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo**. Relatório de pesquisa. São Paulo: USP, 2017. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG.pdf>. Acesso em 08 jan 2018.

GUIMARÃES, Alberto Passos. **As classes perigosas**: banditismo urbano e rural. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2008.

hooks, bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, 16, Brasília, p. 193-210, janeiro - abril, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 15 jul 2018.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA/CONANDA, 2004.

\_\_\_\_\_. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil: textos para discussão**. Brasília – Rio de Janeiro: IPEA, outubro de 2016.

JORGE, Alzira de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; PONTES, Monica Garcia. Introduzindo a pesquisa: uma trajetória de encontros. **Saúde em Redes**. 2018; 4(Supl.1):9-26.

KARAM, Maria Lucia. Proibição às drogas e direitos fundamentais. **Associação dos agentes da lei contra a proibição – LEAP Brasil**, 2013. Disponível em: [http://www.leapbrasil.com.br/site/wp-content/uploads/2017/04/72\\_Proibic%C3%A7%C3%A3o-a%C3%80s-drogas-e-violac%C3%A7%C3%A3o-a-direitos-fundamentais-Piaui%CC%81.pdf](http://www.leapbrasil.com.br/site/wp-content/uploads/2017/04/72_Proibic%C3%A7%C3%A3o-a%C3%80s-drogas-e-violac%C3%A7%C3%A3o-a-direitos-fundamentais-Piaui%CC%81.pdf). Acesso em 19 abr 2018.

KARMALUK, Clara et al. De quem é este bebê?: Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna! **Saúde em Redes**. 2018; 4(Supl.1):169-189.

LANCETTI, Antônio. **Os riscos ocultos do crack**. 19 de setembro de 2011. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/uncategorized/os-riscos-escondidos-crack/>. Acesso em 15 jan 2018.

LANSKY, Sônia. De quem é este bebê: construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. **Saúde em Redes**. 2018; 4(Supl.1):191-208.

LOBO, Lilia Ferreira. A expansão dos poderes judiciários. **Psicologia & Sociedade**, v. 24 (n. esp.), p. 25-30, 2012.

LOPES, Luciana Rocha. Uma carta ronda a cidade de Vitória: a história de caçadores e leões, a instituição do medo e do risco na sociedade de segurança. **1ª Jornada Científica do Fórum de Assistentes Sociais e Psicólogos do Poder Judiciário do Espírito Santo**, 2015, p. 263-268.

MACEDO, Fernanda dos Santos; MACHADO, Paula Sandrine. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. **Saúde Debate – Rio de Janeiro**, v. 40, n. 109, p. 34-46, abri-jun, 2016.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 107-19, jan./mar. 2012.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWECKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. EM: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estelio (org.). **Leitura de novas tecnologias e saúde**. Salvador: Ed. UFBA, 2009, p. 29-56.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação Saúde Debate**. 2014; (52):153-164.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen**. Brasília: Ministério da Justiça, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica conjunta nº 001 – SAS e SGEP. 16/09/15. Brasília/DF. 12p. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/ministc3a9rio-da-sac3bade-nota-tc3a9cnica-diretrizes-e-fluxograma-mulher-situac3a7c3a3o-de-rua-2015.pdf>. Acesso em 21 set 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Nota Técnica conjunta nº 001 de 10/05/16. Brasília/DF. 18p. Disponível em: [https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/nt\\_conjunta\\_01\\_mds\\_msaude.pdf](https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/nt_conjunta_01_mds_msaude.pdf). Acesso em 21 set 2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Recomendação 005 de 16 de junho de 2014**. 23ª Promotoria da Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. Setor de Fiscalização e Acompanhamento de Políticas Públicas III – SEFAPP III. Disponível em: [https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendacca7acc83o-5\\_2014mp.pdf](https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendacca7acc83o-5_2014mp.pdf). Acesso em 6 jul 2018.

\_\_\_\_\_. **Recomendação 006 de 06 agosto de 2014**. 23ª Promotoria da Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. Setor de Fiscalização e Acompanhamento de Políticas Públicas III – SEFAPP III. Disponível em: [https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendacca7acc83o-6\\_2014mp-1.pdf](https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendacca7acc83o-6_2014mp-1.pdf). Acesso em 6 de jul 2018.

MORAES, Ana Carolina; ARCANJO, Daniela. **Maria das ruas**. Reportagem multimídia sobre as mulheres em situação de rua de Bauru e de São Paulo. 9º Prêmio Jovem Jornalista, Instituto Vladimir Herzog, 2017. Disponível em: <https://www.mariasdasruas.com.br/>. Acesso em 10 jan 2018.

MOURA, Gabriella Garcia; AMORIM, Kátia Souza. A (in)visibilidade dos bebês na discussão sobre acolhimento institucional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 235-245, abr./jun., 2013.

NASCIMENTO, Maria Lívia do. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. **Psicologia & Sociedade**, v. 24(n. spe.), 2012, p. 39-44.

\_\_\_\_\_. Pelos caminhos da judicialização: lei, denúncia e proteção no contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 3, p. 459-467, jul/set, 2014.

\_\_\_\_\_. **Proteção e negligência**: pacificando a vida de crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Nova Aliança, 2016.

NIETZSCHE, Friedrich. **Aurora**: reflexões sobre os preconceitos morais. Original de 1887. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da moral**: uma polêmica. Original de 1887. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

OLIVEIRA, Camila Felix Barbosa de; BRITO, Leila Torraca de. Judicialização da vida na contemporaneidade. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 33, número especial, p. 78-89, 2013.

OLIVEIRA-MONTEIRO, Nancy Ramacciotti. Percursos da gravidez na adolescência: estudo longitudinal após uma década da gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23(2), p. 278-288, 2010.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, 23(1), p. 154-162, 2011.

PERROT, Michelle. **Os excluídos da história**: operários, mulheres e prisioneiros. 7 ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Paz e Terra, 2017.

PESTANA, Yasmin Oliveira Mercadante. As mulheres e a rua. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, n. 2, p. 42-52, jun 2017.

PINTO, Liana Wernersbach et. al. Em: ASSIS, Simone Gonçalves de; FARIAS, Luís Otávio Pires (org.) **Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 82-110.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12), p. 4579-4589, 2011.

PRADO FILHO, Kleber; LOBO, Lilia Ferreira; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. A história do presente em Foucault e as lutas atuais. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26(1), p. 29-42, jan/abr, 2014.

PRADO FILHO, Kleber; MARTINS, Simone. A subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). **Psicologia & Sociedade**, 19 (3), p. 14-19, 2007.

PRINCESWAL, Marcelo. O direito à convivência familiar e comunitária sob o paradigma da proteção integral. Em: ASSIS, Simone Gonçalves de; FARIAS, Luís Otávio Pires (org.) **Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 23-62.

PRIORE, Mary Del. **Histórias e conversas de mulher**. São Paulo: Planeta, 2014.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RATTNER, Daphne. **Da saúde materno infantil ao Paism**. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, 8(2), pp. 103-108, jun, 2014.

RIOS, Ariane Goim. **O fio de Ariadne: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas**. 221f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, 2017.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

RODRIGUES, Andreia Silva et al. Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70(1), p. 65-72, 2017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>. Acesso em 18 jun 2018.

ROSATO, Cássia Maria Rosato. Psicologia e direitos humanos: cursos e percursos comuns. **Psicologia Revista São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 11-27, 2011.

SANTANA, Carmen. Consultórios *de* rua ou *na* rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro**, 30(8):1798-1800, ago, 2014.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Higiene e higienismo entre o Império e a República. Em: PRIORE, Mary Del; AMANTINO, Márcia. (org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: UNESP, 2011.

SANTO, Wanda Espirito, ARAÚJO, Inesita Soares de, AMARANTE, Paulo. Comunicação e saúde mental: análise discursiva de cartazes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial do Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v.23, n.2, abr – jun, 2016, p. 453-471.

SCAPPATICCI, Anne Lise Sandoval Silveira; BLAY, Sergio Luis. Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32(1), p. 3-15, 2010.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, 16, pp.137-150, 2001.

SCHEINVAR, Estela. A família como dispositivo de privatização do social. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 58, n. 1, 2006, p. 48-57.

SCHWEIKERT, Peter Gabriel Molinari. **Resistência à profilaxia materna: A deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos/as na maternidade**. 80f. Monografia (Pós-Graduação em Psicossociologia da Juventude e Políticas Públicas) – Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 2016.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, 20(2), p. 71-99, jul-dez, 1995.

SENA, Ligia Moreiras. “**Ameaçada e sem, como num campo de concentração.**” A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 268f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SIQUEIRA, Paula Monteiro de et al. Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim... **Saúde em Redes**, v. 4(supl.1), p. 51-59, 2018.

SOUZA, Jessé (org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

TÓFOLI, Luís Fernando. Políticas de drogas e saúde pública. **Revista Sur**, 12(21), p. 1-5, ago, 2015.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Portaria nº 3/VCIJBH/2016. Diário de Justiça Eletrônico de 22/07/16. 5p. Disponível em: <http://s3-sa-east-1.amazonaws.com/apublica-files-main/wp-content/uploads/2017/07/20104354/Portaria-6-2016.pdf>. Acesso em 21 set 2018.

UNIVERSIDADE CRUZEIRO DO SUL. **Realidade social, direitos e perda do poder familiar**: desproteção x direito à convivência familiar e comunitária. Relatório final de pesquisa. São Paulo, 2013.

VASCONCELOS, Carlos Eduardo de. **Mediação de conflitos e práticas restaurativas**. São Paulo: Ed. Método, 2008.

XAVIER, Anna Karina Gonçalves; ROSATO, Cássia Maria. Mulheres e Direitos: saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. **Revista Ártemis**, v. XXI, p.116-130, jan-jul, 2016.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – CURSO DOUTORADO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Experiências de exceção: o caso do acolhimento de bebês, filhos/as de mães usuárias de drogas”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Cássia Maria Rosato, com endereço: Rua Guimarães Peixoto, 185, Tamarineira, Recife/PE, CEP 52051-200 – Telefone (81) 99939.5877 (inclusive ligações a cobrar) e e-mail [cassiarosato@hotmail.com](mailto:cassiarosato@hotmail.com). Este estudo está sob a orientação do professor Dr. Pedro de Oliveira Filho, acessível nos seguintes contatos: telefone: (83) 99126.0265 e e-mail [deoliveirafilho@gmail.com](mailto:deoliveirafilho@gmail.com). Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- 1) Descrição da pesquisa: Esse estudo busca investigar como tem se dado a prática de acolhimento de bebês, filhos/as de mães usuárias de drogas, que tem sido adotada em algumas cidades do país. Pretendemos identificar quais fatores têm possibilitado a adoção desse tipo de procedimento junto às instituições que estão promovendo e encaminhando tais casos, assim como quais análises têm sido feitas dessa prática. Para tanto, profissionais que têm acompanhado direta e indiretamente esses casos serão entrevistados, como é o seu caso.
- 2) Sua participação na pesquisa é voluntária e será por meio de entrevista individual com a pesquisadora, via *skype* ou videoconferência. Inicialmente, um momento deve ser suficiente para colher todas as informações necessárias para o estudo, no entanto, caso seja necessário algum esclarecimento posterior, um novo contato poderá ser solicitado.
- 3) RISCOS diretos para os/as voluntários/as: é possível o surgimento de situações de desconforto e/ou constrangimento por parte das pessoas entrevistadas, na medida em que irão relatar sobre conflitos relacionados ao acolhimento de bebês e histórias decorrentes desse tipo de problemática. Para minimizar a chance disso ocorrer, será pedido que os/as participantes da pesquisa escolham o momento mais adequado e conveniente para a entrevista. A pesquisadora solicitará que a entrevista (via *skype* ou videoconferência) ocorra, preferencialmente, na casa da pessoa entrevistada, espaço privado e de maior tranquilidade. Além disso, será reforçada a possibilidade da pessoa se recusar à responder qualquer pergunta que ache inadequada ou que não queira responder.
- 4) BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os/as voluntários/as: este estudo trará benefícios para o campo da Justiça, uma vez que propiciará um melhor conhecimento da temática a partir de quem tem acompanhado esse tipo de procedimento. Também avaliamos que contribuirá para a construção de novos posicionamentos e práticas no que diz respeito às noções de cuidado e tratamento de pessoas em condições de vulnerabilidade. Os resultados da pesquisa poderão subsidiar o trabalho de profissionais que lidam com essa temática, possibilitando reflexões acerca de como tal prática tem se instituído, colaborando para a qualificação dos trabalhos realizados junto à população que tem vivenciado tais conflitos.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação de voluntários/as, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa

(gravações e entrevistas) ficarão armazenados no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

---

Cássia Maria Rosato

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “Experiências de exceção em tempos de normalidade democrática: o caso do acolhimento de bebês, filhos/as de mães usuárias de drogas”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do/a voluntário/a em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

### 1) Dados pessoais:

Idade:                                      Sexo:                                      Escolaridade:  
Profissão:                                      Cargo/Função:                                      Tempo de atuação:

### 2) Contexto de trabalho:

- 2.1. Você poderia descrever como é seu trabalho atualmente?
- 2.2. Quais são as atividades profissionais específicas da sua função?
- 2.3. Quais são os referenciais teóricos que orientam a sua prática?
- 2.4. Como se desenvolve o trabalho da sua equipe?

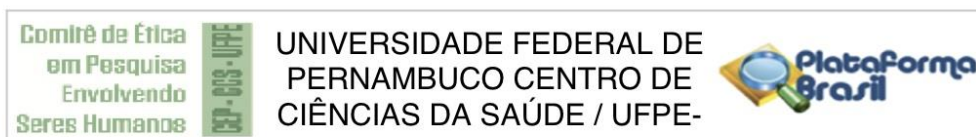
### 3) Aproximação com a prática de acolhimento de bebês:

- 3.1. Como e quando você tomou conhecimento da prática de acolhimento de bebês, pela primeira vez?
- 3.2. Como foi o primeiro caso de acolhimento de bebês que você acompanhou? (Certificar que estejam presentes no relato os seguintes aspectos: histórico do caso, de quem partiu a demanda, como foi o processo e o trabalho com as diversas instituições que envolvem o acolhimento de bebês [Conselho Tutelar, Vara de Infância, Ministério Público, Hospital/Maternidade, Entidade acolhedora], encaminhamentos, condução por parte das equipes envolvidas, reação da mãe e demais familiares, desfecho, etc).
- 3.3. Depois desse primeiro caso, houve mais casos semelhantes? Se sim, como foi sua atuação e da equipe?
- 3.4. Quais foram as principais dificuldades e impasses vivenciados nesse caso?
- 3.5. Quais foram as principais lições aprendidas em relação a esse tipo de situação?
- 3.6. O que você acha que contribuiu para o surgimento dessa prática e quem seriam os responsáveis por isso?
- 3.5. Como vocês têm lidado com essa situação hoje?

### 4) Avaliação/posicionamento a respeito da prática de acolhimento de bebês:

- 4.1. Como você avalia esse tipo de procedimento?
- 4.2. Do ponto de vista técnico/profissional, qual a contribuição da Psicologia (ou Direito, Serviço Social, etc) nessas situações?
- 4.3. Quais são os principais limites e possibilidades desse tipo de prática?
- 4.4. Como esse tipo de situação deveria ser enfrentada?
- 4.5. Como você avalia a questão do uso de drogas lícitas e ilícitas, na atualidade?

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE



Continuação do Parecer: 1.682.753

|                                                           |                              |                        |                     |        |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx                    | 10/07/2016<br>17:18:13 | Cássia Maria Rosato | Aceito |
| Folha de Rosto                                            | Folhaderosto.pdf             | 08/07/2016<br>11:28:12 | Cássia Maria Rosato | Aceito |
| Outros                                                    | CV_Lattes_2016.pdf           | 07/07/2016<br>10:27:31 | Cássia Maria Rosato | Aceito |
| Outros                                                    | Termo_confidencialidade.jpeg | 07/07/2016<br>10:22:54 | Cássia Maria Rosato | Aceito |
| Outros                                                    | Lattes_Pedro.pdf             | 05/07/2016<br>14:51:31 | Cássia Maria Rosato | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 18 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br