

CONDIÇÕES PARA O EXERCÍCIO DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS EM BELO HORIZONTE/MG

RELATÓRIO DE PESQUISA



CLÍNICA DE DIREITOS
HUMANOS DA UFMG



FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL

Fórum Mineiro de Saúde Mental
Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais
Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos
Defensoria Pública de Minas Gerais

CONDIÇÕES PARA O EXERCÍCIO DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS EM BELO HORIZONTE/MG

RELATÓRIO DE PESQUISA



**FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL**



Belo Horizonte
Junho de 2022

Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM)
Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CdH/UFGM)
Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos (FMDDH)
Defensoria Pública de Minas Gerais (DPMG)

Diagramação, normalização e capa: Isabella Cristina Barral Faria Lima

Como citar: Fórum Mineiro de Saúde Mental, Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos, Defensoria Pública de Minas Gerais (2022). *Condições para o exercício de direitos sexuais e reprodutivos de mulheres usuárias de drogas em Belo Horizonte/MG: relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: Instituto DH. 208p.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Condições para o exercício de direitos sexuais e reprodutivos de mulheres usuárias de drogas em Belo Horizonte [livro eletrônico] : relatório de pesquisa. -- Belo Horizonte, MG : Instituto DH, 2022.
PDF

Vários colaboradores.
ISBN 978-65-991947-3-3

1. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
2. Direitos reprodutivos - Brasil 3. Direitos sexuais - Brasil 4. Drogas - Abuso 5. Mulheres - Direitos - Brasil.

22-125530

CDU-34:396.2

Índices para catálogo sistemático:

1. Direito das mulheres 34:396.2

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM)
Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CdH/UFMG)
Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos (FMDDH)
Defensoria Pública de Minas Gerais (DPMG)

EQUIPE TÉCNICA

**Fórum Mineiro de Saúde Mental
(FMSM)**

COORDENAÇÃO

Camila Augusta dos Santos
Guilherme Fernandes de Melo
Isabella Cristina Barral Faria Lima

PESQUISADORAS

Camila Augusta dos Santos
Guilherme Fernandes de Melo
Isabella Cristina Barral Faria Lima
Maria Elizabeth Oliveira Silva
Vanessa de Oliveira Bezerra

APOIO TÉCNICO

Maria Núbia Alves Cruz
Miriam Abou-Yd

CONSULTORIA

Isabella Saraiva de Queiroz

**Defensoria Pública de Minas Gerais
(DPMG)**

COORDENAÇÃO

Daniele Bellettato Nesrala

TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS

Gleisson Neves Gazeta
Fátima Maria G. de Oliveira

**Clínica de Direitos Humanos da UFMG
(CdH/UFMG)**

COORDENAÇÃO

Daniella Monteiro de Lima Borges
Juliana Cesario Alvim Gomes
Clara Viana Lage Meirelles

PESQUISADORAS

Aline Camargos Guimarães
Amanda Naves Drummond
Ana Cláudia Luciano
Andressa Freitas Martins
Clara Viana Lage Meirelles
Daniella Barbosa Monteiro Santos
Hugo Ribeiro Lanza
Isabella Pereira de Almeida
João Pedro Martins Silveira
Júlia Dinardi Alves Pinto
Júlia Oliveira Muinhos de Paula
Juliana Monteiro de Oliveira
Lucas Perrone Camilo
Marcela Augusta Pereira de Oliveira
Maria da Glória Bohrer Antonio
Mariana Rezende Oliveira
Marina Cordeiro Araújo Machado
Milena Coelho Angulo
Pablo Martins Fontes da Silva
Rafaella Maria Carvalho Rodrigues
Thabata Pena Pereira
Vitória de Sousa Oliveira
Zilda Manuela Onofri Patente

Eu acho difícil. Eu acho. Eu conheço pessoas que optam por não ser mãe, que não querem ter filho e tal, mas essa pessoa não tem aversão a criança, entendeu? O sentimento que eles querem imputar na gente, é que a gente tenha aversão a isso e que é isso que tá posto, entendeu? “Não, e não tem que querer essa criança, não”, entendeu? “Cê engravidou aí, cê foi irresponsável, e agora quem vai ser punido é você” (...) Eu tô falando assim, de uma forma geral mesmo. É assim: “mulher pobre não pode ter filho”, né? (...) Lembro de uma vez, a gente, conversando e ela falando assim... Ela teve o último filho acho que ela tinha 38 anos, sei lá, 40 anos... e ela queria ligar. E ela falou com o médico assim, ela na mesa e falou assim: “Me liga, sabe? Já que eu tô aberta, me liga”. E o médico virar e falar assim: “Ah, não, você tem que ter uma autorização do seu marido”, entendeu? Mas ela é branca, ela é classe média, entendeu? Então, tipo assim, tem a diferença da abordagem, entendeu? As pretas, pobres... tem que ligar. “Liga esse povo, pelo amor de Deus”, sabe? “Liga esse povo que eu não aguento mais essa meninada”, entendeu? E as brancas, de classe média tem que pedir autorização pro seu marido. É esse tipo de coisa, sabe?... O outro nem perguntou se eu tinha marido, né, pra querer ligar: “Liga logo”, “liga, gente”, “cê não vai aproveitar e ligar?”. Eu falei: “Não. Não vou ligar, véi. Não vou ligar”, sabe?... (...) Eu acho que depois que começou essa política mais... sumária, né? Sei lá, de ganha-tira [referindo-se à retirada dos bebês], sabe? Deve ter tido algum... Deve ter tido uma... Uma resistência das mulheres, né? Assim, uma reclamação, não sei. Alguma coisa. Deve ter tido resultado. Ao longo do tempo dá os resultados, né? E por isso hoje em dia, pelo menos tem a discussão, né? Se tá tendo uma pesquisa dessa é porque realmente tem, sabe, uma outra forma de pensar isso. Nossa, sabe, tem uma luz no fim do túnel... porque se eu conversar com gente que acha que cê deve ligar, que cê num deveria ter criança... Não tem nem o que discutir, né?

(Entrevista de pesquisa com Laudelina, mulher cis, 38 anos)



*Agradecemos às diversas mulheres que motivaram e contribuíram
para a construção e a efetivação desta pesquisa.*

*Agradecemos às mulheres parceiras dos movimentos sociais,
que auxiliaram a pensar em como esse debate se insere nas políticas públicas,
além de indicarem nomes de outras mulheres que poderiam colaborar com a pesquisa.*

*Agradecemos imensamente às mulheres entrevistadas que,
apesar de inúmeras dificuldades, se disponibilizaram
a compartilhar com afeto e determinação as suas histórias.*

*Agradecemos também às mulheres acompanhadas e atendidas
pela Clínica de Direitos Humanos da UFMG,
cujas potência e indignação frente à separação de seus filhos e filhas
se conformaram como molas propulsoras para o início deste trabalho.*

*Esperamos que este material seja nosso maior retorno a vocês,
que aguace as ideias e provoque avanços.*

*Agradecemos também à Defensoria Pública de Minas Gerais,
na pessoa da defensora pública Daniele Bellettato Nesrala,
que não mediu esforços na conformação de Termo de Cooperação Técnica
que viabilizou o acesso aos autos dos processos judiciais analisados.*

QUADROS

Quadro 1: Documentos relacionados com o recente retrocesso no campo de saúde mental, álcool e drogas.....	44
Quadro 2: Medidas protetivas destinadas à criança e ao adolescente e medidas protetivas dirigidas aos pais ou responsável.....	50
Quadro 3: Identificação das entrevistadas e duração de cada entrevista.....	117

GRÁFICOS

Gráfico 1: Órgão ou entidade de Belo Horizonte que acionou a VCIJ-BH em Medidas de Proteção instauradas de ofício.....	63
Gráfico 2: Conselhos tutelares de Belo Horizonte que acionaram a VCIJ-BH em Medidas de Proteção instauradas de ofício.....	66
Gráfico 3: Documentos que acompanharam as Medidas de Proteção instauradas de ofício pela VCIJ-BH.....	67
Gráfico 4: Citação de genitoras e genitores nos processos de Medida de Proteção.....	69
Gráfico 5: Intimação ou notificação judicial da genitora nos processos de Medida de Proteção.....	71
Gráfico 6: Intimação ou notificação judicial do genitor nos processos de Medida de Proteção...	72
Gráfico 7: A decisão judicial de acolhimento institucional e a ausência de fundamentação baseada em falta, omissão e abuso (artigo 98 do ECA)	73
Gráfico 8: Destino final da criança determinado por decisão judicial.....	100
Gráfico 9: Relatórios usados para a fundamentação da decisão judicial que determinou o destino final da criança.....	103
Gráfico 10: Raça da genitora conforme registro no processo de Medida de Proteção.....	110

TABELAS

Tabela 1: Maternidades públicas de Belo Horizonte que acionaram a VCIJ-BH em Medidas de Proteção instauradas de ofício.....	64
Tabela 2: Condições da genitora utilizadas como fundamentação da decisão judicial de acolhimento institucional.....	76
Tabela 3: Outras condições da genitora utilizadas como fundamentação da decisão judicial de acolhimento institucional.....	77
Tabela 4: Condições do genitor utilizadas como fundamentação da decisão judicial de acolhimento institucional.....	88
Tabela 5: Outras condições do genitor utilizadas como fundamentação da decisão judicial de acolhimento institucional.....	89
Tabela 6: Critérios discriminatórios relacionados à genitora usados para a fundamentação da decisão judicial que determinou o destino final da criança.....	104
Tabela 7: Critérios discriminatórios relacionados ao genitor usados para a fundamentação da decisão judicial que determinou o destino final da criança.....	106

LISTA DE SIGLAS

BH	Belo Horizonte
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas
CdH/UFG	Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais
CERSAM AD	Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAMi	Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CT	Comunidade terapêutica
DEDICA Cível	Defensoria Pública dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Cível
DPMG	Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FMDDH	Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos
FMSM	Fórum Mineiro de Saúde Mental
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
MG	Minas Gerais
MPF	Ministério Público Federal
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
VCIJ-BH	Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte

SUMÁRIO

1 A PARCERIA ENTRE O FMSM, A CDH/UFGM, A FMDDH E A DPMG	9
2 APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO	13
Comunidades terapêuticas e as sucessivas violações de direitos	13
Mulheres usuárias de drogas e violações de direitos sexuais e reprodutivos....	19
3 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	28
4 EIXOS NORTEADORES DA PESQUISA	30
4.1 Direitos sexuais, direitos reprodutivos e justiça reprodutiva.....	30
4.2 Direito à convivência familiar e comunitária	34
4.3 Uso de drogas sob a perspectiva de raça, classe e gênero	37
4.4 Comunidades terapêuticas e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	39
4.5 Vulnerabilidade social e risco	47
4.6 Medidas de proteção	49
4.7 Acolhimento institucional e familiar	51
4.8 Família substituta e família adotiva.....	52
4.9 Poder familiar e guarda.....	54
5 RESULTADOS	56
A ANÁLISE DOS PROCESSOS DE MEDIDA DE PROTEÇÃO.....	56
A.1 Problemas no trâmite dos processos	61
A.2 Violação à ampla defesa e ao contraditório.....	68
A.3 A decisão que determina o acolhimento institucional e sua fundamentação baseada em critérios discriminatórios	72
A.4 A decisão de suspensão de visitas da família à criança na unidade de acolhimento	95
A.5 A decisão final dos processos de Medida de Proteção: definição do destino da criança e sua fundamentação baseada em critérios discriminatórios.....	98
A.6 Correlação entre processo de Medida de Proteção, ação de destituição do poder familiar e ação de adoção	107
A.7 Dados relativos à genitora: raça e saúde mental	109

B ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	114
B.1 “Parece que a gente não é tão humano igual, né?”: desigualdade de acesso a direitos e suas repercussões na trajetória das mulheres entrevistadas	118
B.2 “Aonde eu ia, eles iam atrás”: insistência na construção do cuidado <i>versus</i> a indiferença	129
B.3 “Eu passei a amar mais a minha filha porque eu tinha esse apoio”: o direito de exercer a maternidade como uma aposta na autonomia	147
B.4 “Pode até ter alguém que não te aceite, mas é obrigado a te respeitar”: os direitos sexuais em questão.....	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
REFERÊNCIAS	190
ANEXO A.....	200
ANEXO B.....	208

A presente pesquisa foi desenvolvida pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental, em parceria com a Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais e com a Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos. Para sua realização, foi firmada cooperação técnica com a Defensoria Pública dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Cível de Belo Horizonte.

Em duas frentes de trabalho simultâneas, a pesquisa foi realizada entre 2019 e 2022. Na primeira frente de trabalho foram analisados processos de Medida de Proteção, em que a Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte determinou o encaminhamento de crianças de até um ano de idade à unidade de acolhimento institucional, a partir de decisões judiciais fundamentadas em critérios discriminatórios, como, por exemplo, o uso de drogas e questões de saúde mental relacionados às genitoras. Na segunda, foram realizadas entrevistas com mulheres que fazem ou já fizeram uso de drogas e que, em sua maioria, tiveram a experiência da maternidade, com o objetivo de compreender como, em suas experiências, se deu o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos em comunidades terapêuticas e em Centros de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas (CAPS AD), nomeados em Belo Horizonte como Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAM AD). Dessa forma, apesar de partirem de diferentes lugares, ambas as frentes de trabalho apresentam como objetivo comum a tematização dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres que residem em Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, já passaram pela experiência da maternidade e fazem ou já fizeram uso de drogas.

O Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM) é um movimento social criado em 1994, com atuação no Estado de Minas Gerais e reconhecimento nacional, sendo integrante da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). Composto por militantes de vários segmentos (trabalhadores e trabalhadoras, usuárias e usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, dentre outros),

defende de maneira radical a luta antimanicomial, construindo e acompanhando estratégias políticas pela garantia do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, assim como de outras políticas que resguardecem os Direitos Humanos. Ao longo de quase três décadas foram inúmeras as intervenções sociais e políticas pautadas pelo FMSM, contribuindo para o debate público voltado à criação de uma sociedade sem qualquer tipo de manicômio e pela ampla garantia de direitos, em especial os direitos das pessoas em situação de sofrimento mental e/ou sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas.

A Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos (FMDDH), por sua vez, é um coletivo fundado em 2012 por diversos atores, como trabalhadores e trabalhadoras dos serviços substitutivos da saúde mental e militantes em defesa do SUS. O coletivo tem como objetivo intervir no debate público acerca da temática do cuidado ao uso abusivo de drogas, encarceramento em massa, bem como aspectos sociais e históricos em torno da interdição das substâncias psicoativas, a partir, por exemplo, de promoção de eventos, desenvolvimento de pesquisas e outras ações estratégicas, como a incidência legislativa.

Ambos os coletivos, o FMSM e a FMDDH, buscam dar visibilidade a um modelo de política pública baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, da redução de danos e dos direitos humanos. Essa perspectiva é essencial à presente pesquisa, uma vez que as atuações de alguns integrantes do Sistema de Garantia de Direitos, na cidade de Belo Horizonte, serão analisadas sob essa ótica, como será descrito adiante.

Com o intuito de fortalecer das redes de defesa dos direitos humanos, o FMSM e a FMDDH integram a Coletiva de Apoio às Mães Órfãs¹ desde sua fundação, em 2014. A Coletiva tem o objetivo de dar visibilidade, promover mobilizações de enfrentamento às situações de violação de direitos de mães, bebês e suas famílias em situação de vulnerabilidade social, como nos casos de separação

¹ Em sua fundação a referida coletiva era comumente conhecida pelo nome do movimento *De quem é este bebê?*. Em 2020, este movimento foi renomeado, mas ainda apresenta os mesmos objetivos do período de sua fundação. Para conhecimento acerca do processo histórico do movimento, ver Clara Karmalu et. al (2018).

compulsória ou arbitrária de crianças e suas famílias, além sugerir aprimoramento e fortalecimento da rede intersetorial de atenção e apoio a esse público.

A Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CdH/UFMG) é um programa de pesquisa e extensão que atua em parceria com a Divisão de Assistência Judiciária (DAJ) da Faculdade de Direito da UFMG, responsável por prestar assistência jurídica gratuita à população hipossuficiente de Belo Horizonte. Por meio de abordagem crítica e interdisciplinar, o trabalho da CdH/UFMG ocorre em âmbito judicial, por meio da atuação em casos paradigmáticos relacionados à temática de direitos humanos sob a perspectiva da litigância estratégica, e extrajudicial, a partir da elaboração de pareceres, notas técnicas relacionadas a proposições legislativas e conformação de políticas públicas, além da articulação em rede entre comunidade acadêmica, órgãos estatais, instituições voltadas à proteção de direitos humanos e sociedade civil.

A partir disso, o programa se estrutura em eixos temáticos de trabalho. O Eixo Direitos Reprodutivos e Sexuais (DRS), que está à frente da pesquisa aqui apresentada, presta assistência jurídica a mulheres e suas famílias, cujos(as) filhos(as) foram afastados de seu núcleo familiar de origem, em razão de decisão judicial proferida pela Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte (VCIJ-BH). Essas decisões são fundamentada, sobretudo, em suposto risco ao qual a família teria submetido a criança, em razão da situação de vulnerabilidade social² de sua própria família.

Esse fenômeno é denominado “separação ou retirada compulsória de bebês” e, com vistas a combatê-lo, a CdH/UFMG também integra a Coletiva de Apoio às Mães Órfãs. Em razão de a experiência desse coletivo ter demonstrado que tal separação ou retirada compulsória era, muitas vezes, justificada pelo uso de drogas realizado por membros dessas famílias, especialmente genitoras, ou até mesmo pelo fato de serem pessoas em sofrimento mental, essa articulação se dá também em conjunto com o FMSM e a FMDDH.

² A discussão a respeito do conceito de *vulnerabilidade social* configura-se com um dos eixos orientadores da pesquisa e, por isso, esse conceito será melhor descrito adiante, na [seção 4.5](#).

A Defensoria Pública dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Cível de Belo Horizonte (DEDICA Cível BH/DPMG), por sua vez, presta assistência jurídica às crianças e adolescentes, e realiza a defesa técnica de famílias em situação de vulnerabilidade nas causas em que sua condição etária específica se imputa preponderante na violação de direitos. Dentre os diversos casos acompanhados pela DEDICA Cível-BH/DPMG, a presente pesquisa estabelece como objeto de análise aqueles que se assemelham aos casos acompanhados pela CdH/UFMG, já descritos: os procedimentos de medida de proteção, em que a VCIJ-BH determinou o encaminhamento de crianças até um ano de idade à unidade de acolhimento institucional.

Convém destacar que a maioria dos casos de medida de proteção na cidade de Belo Horizonte são acompanhados pela DEDICA Cível-BH/DPMG, que é historicamente um importante ponto de articulação na garantia da proteção integral à criança e ao adolescente. Diante disso, a DPMG também desempenhou um papel central na execução desta pesquisa, na medida em que ofereceu acesso aos processos de Medida de Proteção que aqui foram objetos de análise, a partir de Termo de Cooperação Técnica entre a DEDICA Cível-BH/DPMG e a Faculdade de Direito da UFMG³.

A parceria entre essas quatro instituições se consolidou, então, a partir da necessidade de realizar uma análise qualificada e multidisciplinar do cenário da cidade de Belo Horizonte, em relação às dinâmicas de atendimento e acompanhamento de mulheres em situação de vulnerabilidade social, em especial aquelas que fazem uso de drogas, em conjunto com suas filhas e filhos.

³ A necessidade de estabelecimento de Termo de Cooperação Técnica se dá em razão do fato de processos, administrativos ou judiciais que tratem dos direitos de criança e adolescentes terem a publicidade dos seus atos restringida, em razão da interpretação conjugada dos artigos 4º, 17, 18 e 206 do ECA, artigo 5º, inciso LX, e art. 227 CRFB/88. (Barouki, [sem data])

2 | APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO

Comunidades terapêuticas e as sucessivas violações de direitos

A partir da atuação estratégica e articulada entre o FMSM, a CdH/UFMG, a FMDDH e a DPMG, a presente pesquisa apresenta como pano de fundo as políticas públicas voltadas ao acompanhamento e atendimento de pessoas que fazem uso de drogas, com especial atenção às mulheres. Para melhor elucidação desse cenário, é importante compreender a atuação das comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil, objeto de grande polêmica, que revela as ambiguidades da política de drogas do Estado brasileiro.

Conforme o Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA, 2018), as CTs são instituições privadas, em sua maioria religiosas, que atuam oferecendo pretensão tratamento a pessoas em uso prejudicial de drogas. A disputa entre o modelo das CTs e o oferecido pela rede substitutiva de saúde mental se expressa de forma bastante significativa a partir dos anos 2000, devido a mudanças nas políticas públicas de cuidados em saúde mental, álcool e drogas.

Em 2003 foi publicada a *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (Brasil, 2003) que, com sustentação nos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, compreende o uso de drogas como um fenômeno complexo e que deve prescindir de preconceitos. Nesse sentido, a política aponta a estratégia de Redução de Danos, internacionalmente reconhecida como uma forma adequada de cuidado em saúde, como um método central.

A partir disso, a lógica humanista, pragmática, que respeita a autonomia dos sujeitos e entende as pessoas usuárias de drogas como corresponsáveis pelo caminho a ser construído em seu próprio tratamento, se apresenta como o direcionamento a ser seguido pelas políticas públicas em âmbito nacional.

No entanto, a lacuna de políticas públicas de atenção aos usuários e às usuárias de drogas deu espaço para orientações voltadas para a abstinência e também para práticas de cunho religioso, moral e repressor. Assim, de acordo com Silva (2015),

O encontro da redução de danos com a Reforma Psiquiátrica se dá, portanto, num contexto diverso do momento inaugural, em que já não são as drogas injetáveis e a epidemia de AIDS as preocupações centrais (...) E no plano terapêutico, esse encontro é atravessado pela presença e modelo de tratamento das chamadas comunidades terapêuticas. (p.125)

Conforme Rui (2014), foi só a partir de 2009, diante de uma ampla exposição midiática sobre o crack, que o Governo Federal anunciou planos de ação mais efetivos, apesar de as diretrizes do Ministério da Saúde serem anteriores. Assim, em 2011, em meio a um contexto de pânico moral sobre o uso de crack, o Governo Federal criou o Programa *Crack é Possível Vencer*⁴ com ações conjuntas entre os Ministérios da Justiça, Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para o “enfrentamento ao crack e outras drogas”. Esse programa é o marco de expansão de CTs no Brasil, pois pela primeira vez elas passaram a receber recursos federais para custear seu funcionamento (Resende, 2021).

As controvérsias envolvendo as CTs podem ser destacadas em dois âmbitos. O primeiro deles refere-se ao financiamento público dessas instituições, que foi contestado pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial realizada em 2010 (Sistema Único de Saúde, 2010). Nesta ocasião, argumentou-se que o Estado, ao financiar as CTs, entra em contradição com a *Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas* (Brasil, 2003) que prevê o cuidado em liberdade e a redução de danos como princípios orientadores. Como veremos, as CTs se utilizam de metodologias incompatíveis com essa normativa.

⁴ Lançado em dezembro de 2011, o programa “é um conjunto de ações do Governo Federal para enfrentar o crack e outras drogas. Com investimento de R\$ 4 bilhões e articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, além da participação da sociedade civil, a iniciativa tem o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção até 2014”, de acordo com informações do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

E no segundo âmbito localizamos as sucessivas violações de direitos humanos encontradas em vistorias realizadas, em diferentes momentos e em todo o país, por entidades ligadas à Luta Antimanicomial⁵ e de Direitos Humanos, instituições representativas de corporações profissionais da área da saúde e da assistência social, juntamente com o Ministério Público.

Coordenada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), a inspeção nacional realizada em 2011, por exemplo, contemplou 68 CTs em todo país e constatou diversas violações de direitos humanos, que se estendiam desde a privação de liberdade, tortura, castigos físicos e morais e violação de correspondência, até o desrespeito à liberdade religiosa e à identidade de gênero (CFP, 2011). No que se refere à violação de direitos sexuais e reprodutivos, o relatório destaca, por exemplo, a restrição de acesso à saúde, pois notou-se que estava sendo negado às mulheres privadas de liberdade o acesso a acompanhamento ginecológico e o acesso a serviços para tratar de doenças sexualmente transmissíveis.

Quadro equivalente foi verificado pela inspeção realizada no ano de 2017, pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (MPF), em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e com o CFP. Essa inspeção contemplou 28 CTs em todo país e encontrou, de forma geral, uma situação bastante similar àquela apontada no relatório anterior: instituições asilares, com visitas restritas e incomunicabilidade, retenção de documentos e dinheiro, violação de correspondência, ocorrência de internações involuntárias e compulsórias sem comunicação ao Ministério Público, coabitação entre adultos e adolescentes, ausência de alvará sanitário, precariedade na estrutura física, desrespeito à identidade de gênero e à liberdade religiosa (CFP/MPF, 2018).

⁵ O Movimento da Luta Antimanicomial teve início na década de 1970 e se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas em situação de sofrimento mental. “Dentro desta luta está o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa com sofrimento mental em nome de pretensos tratamentos (...) Com o lema *por uma sociedade sem manicômios*, diferentes categorias profissionais, associações de usuários e familiares, instituições acadêmicas, representações políticas e outros segmentos da sociedade questionam o modelo clássico de assistência centrado em internações em hospitais psiquiátricos, denunciam as graves violações aos direitos das pessoas com transtornos mentais e propõe a reorganização do modelo de atenção em saúde mental no Brasil a partir de serviços abertos, comunitários e territorializados, buscando a garantia da cidadania de usuários e familiares, historicamente discriminados e excluídos da sociedade”. [Informações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.](#)

Especificamente em Minas Gerais, em 2015, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) realizou vistorias em todas as 74 CTs do estado que recebiam recursos do *Programa Aliança pela Vida*⁶. Parte dessas vistorias foi apresentada em forma de relatório, cujo conteúdo reitera, mais uma vez, as denúncias descritas anteriormente. Em 60% havia inadequação no armazenamento e dispensa de remédios, 78% utilizavam métodos de punição e constrangimento dos internos e internas em casos de descumprimento de regras internas, 92% só permitiam visitas após um período mínimo de incomunicabilidade (variável entre 30 e 60 dias) e 100% estavam com pendências administrativas ou descumpriam os editais de habilitação publicados pelo Governo de Minas Gerais (SES-MG, 2016). Mendes (2016) destacou ainda os casos de maus-tratos, cerceamento do direito à liberdade, trabalho forçado e até falta de comida e tratamento médico adequado. Além disso, aplicavam aos internos a chamada “laborterapia”⁷, que se assemelha ao trabalho escravo (SES-MG, 2016).

Ainda em Minas Gerais, no contexto de pandemia de COVID-19, em 2020, foi realizada uma diligência de instrução na comunidade terapêutica “Desafio Jovem - Maanaim” - Projeto Vida Movimento para Recuperação Humana, no município de Itamonte⁸. Essa diligência foi um desdobramento da vistoria realizada na mesma entidade em 2017, por ocasião da inspeção nacional (CFP/MPF, 2018). Tal ação foi realizada por equipe composta de representantes do FMSM, da FMDDH, do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, do Instituto de Direitos Humanos: Pesquisa, Promoção e Intervenção em Direitos Humanos e Cidadania e da Diretoria

⁶ A ação governamental *Aliança pela Vida* foi lançada pelo governo de Minas Gerais em agosto de 2011, pelo então governador Antônio Augusto Junho Anastasia (PSDB) e validada com o Decreto Estadual 45.739, de setembro de 2011. “A ação governamental traz em seu bojo, de maneira sucinta, o projeto de fortalecer a Rede Complementar de Suporte Social e Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas através de concessão de benefício à sua família e aos dispositivos da Rede Complementar, predominantemente, as Comunidades Terapêuticas” (Melo, 2015, p.50).

⁷ A laborterapia consiste numa terapia por intermédio do trabalho. Envolve tarefas de manutenção da própria comunidade (limpeza e preparo de refeições) e atividades produtivas (agricultura, construção civil, artesanato, confecção de produtos para venda etc.). Visa ao disciplinamento para o mundo do trabalho, condição entendida como essencial para a “ressocialização” e “adequação social” dos sujeitos que fazem uso problemático de drogas (IPEA, 2018, p.12).

⁸ Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos, Conselho Regional de Psicologia, Instituto de Direitos Humanos: Pesquisa, Promoção e Intervenção em Direitos Humanos e Cidadania, Fórum Mineiro de Saúde Mental e Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Relatório diligência de instrução na comunidade terapêutica ‘Desafio Jovem Maanaim’, 2020.

de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. A ação foi ainda acompanhada de forma remota pelo MPF. Conforme nota do CRP/MG, “a diligência constatou gravíssimas violações de direitos, como violência física e psicológica, administração de medicação à força, submissão de contenção mecânica sem prescrição médica, indícios de assédio e abuso sexual, imposição de crença religiosa, dentre inúmeras outras formas de violência”. Houve ainda um homicídio dentro da referida CT, em agosto de 2020, envolvendo dois adolescentes submetidos à prática de trabalho forçado no chiqueiro da entidade, sem monitoramento ou acompanhamento de profissionais ou adultos⁹.

Em termos numéricos, de acordo com o cadastro organizado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e pelo Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, elaborado a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), existiam no Brasil, em 2009, 1.963 CTs. Juntas, as instituições ofertavam 83,6 mil vagas. O estado de Minas Gerais era, nesse contexto, o segundo estado do país com o maior número de instituições desse tipo, contando com 275 CTs em seu território. Este foi o último levantamento desse tipo¹⁰.

A pesquisa mais recente sobre as CTs no Brasil foi realizada entre os anos de 2015 e 2017 pelo IPEA, a pedido da Senad, e apresentou informações importantes para a compreensão do perfil dessas instituições. As CTs são, em sua maioria, religiosas, com a predominância de CTs evangélicas (47%) e católicas (37%). Apenas 18% declaram não ter vinculação religiosa, apesar de 95% delas declararam desenvolver trabalhos espirituais. O dado sobre a composição de gênero dos grupos atendidos pelas CTs foi um dos motivadores para realização de nossa pesquisa. A maioria das CTs atendem exclusivamente homens (80%), cerca de 15% atendem homens e mulheres, e apenas 5% atendem apenas mulheres (IPEA, 2017).

⁹ Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2020. [CRP-MG participa de fiscalização em comunidade terapêutica destinada a adolescentes em Itamonte](#).

¹⁰ Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [Censo das comunidades terapêuticas no Brasil, 2009](#).

Ao nos depararmos com esses números e constatarmos que a especificidade do atendimento às mulheres em comunidades terapêuticas ainda é alvo de poucas intervenções e pesquisas, consideramos importante estruturar uma iniciativa que se debruçasse sobre o tema. Assim, chamou a nossa atenção o fato de que as CTs têm aparecido como uma forma de controlar e disciplinar mulheres em situações de vulnerabilidade ou que sejam dissonantes dos padrões estabelecidos pelas normas de gênero.

Na pesquisa realizada pelo IPEA (2017), foi descrita uma particularidade das mulheres em relação ao uso de drogas, que é a dificuldade em “aderir” ao tratamento, o que é utilizado como justificativa para serem alvos recorrentes de castigos e repressões de maior intensidade no âmbito das CTs. Esse dado é também encontrado em entrevistas realizadas com funcionários de CTs nas diversas vitórias de direitos humanos ao longo dos últimos anos e pela literatura científica até então produzida sobre essas instituições (Prado & Saraiva, 2012).

Neste contexto, especialmente com a instituição do *Programa Crack é Possível Vencer*, e contínuo aumento do financiamento de comunidades terapêuticas pelo poder público nos últimos anos (Soares, 2020), as mulheres se tornaram alvo da discussão relacionada ao uso prejudicial de drogas também a nível local.

Mulheres usuárias de drogas e violações de direitos sexuais e reprodutivos

Em Belo Horizonte, a partir de 2014, veículos midiáticos de grande circulação passaram a produzir reportagens e notícias que alarmavam a capital mineira quanto à denominada “epidemia do crack”, concedendo especial enfoque às “posturas negligentes de mulheres” que faziam uso abusivo de crack em relação a seus filhos e filhas, especialmente crianças recém-nascidas. Reproduzia-se, então, o julgamento moral de que se tratavam, inquestionavelmente, de mulheres totalmente incapazes de exercer a maternidade¹¹.

Destacamos que esse tipo de comunicação midiática está em conformidade com o avanço da proliferação de “polêmicas que levam ao pânico moral associado à agenda de direitos humanos e especialmente dos direitos sexuais e reprodutivos”, conforme Lionço (2017, p.212).

Nesse contexto, diante do debate nacional e local sobre o uso de drogas, em 2014 foram publicadas pela 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte as Recomendações nº 5 e nº 6, que indicavam o direto encaminhamento de casos de mulheres gestantes usuárias de drogas à Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte^{12,13}. A Recomendação nº 5, dirigida às maternidades, determinava que os casos de mães usuárias de drogas deveriam ser “comunicados à Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte para decisão sobre o acolhimento ou entrega do(a) Recém-Nascido(a) à família de origem ou extensa”. Já a Recomendação nº 6, direcionada às Unidades Básicas de Saúde, estabelecia previsão similar e ainda estipulava que os casos de gestantes que se recusassem a realizar o pré-natal deveriam ser “comunicados à Vara [Cível] da Infância e Juventude para que sejam adotadas as medidas adequadas de proteção ao nascituro”.

¹¹ Exemplos dessas comunicações midiáticas: *Em BH, mais de 480 filhos de viciadas em crack são abandonados por ano*. G1, Minas Gerais. 20 ago. 2014; *23% das mulheres viciadas em crack engravidaram 2 ou 3 vezes, diz estudo*. G1, Minas Gerais. 18 ago. 2014.

¹² Ministério Público de Minas Gerais. 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. *Recomendação nº 5*. Belo Horizonte, 16 de junho de 2014.

¹³ Ministério Público de Minas Gerais. 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. *Recomendação nº 6*, Belo Horizonte, 06 de agosto de 2014.

A principal consequência dessas normativas foi a institucionalização da denominada “retirada compulsória ou arbitrária de bebês”, a partir da qual crianças recém-nascidas eram forçadamente afastadas de suas famílias de origem. Após tal afastamento, eram encaminhadas, majoritariamente, ao acolhimento institucional, a partir de decisão judicial fundamentada em suposta “situação de risco” em razão da própria condição de vulnerabilidade da família, podendo ser citado o uso de drogas realizado por genitores, sendo mencionadas principalmente as genitoras (Drummond, Martins, Godoy & Pinto, 2018).

Além disso, essas normativas foram responsáveis por categorizar mulheres como “incapazes para o exercício do cuidado materno” ou ainda como possíveis violadoras de direitos de seus filhos e filhas, embora não houvesse evidências concretas de negligência ou maus tratos cometidos por elas (Borges, 2019).

Nesse sentido, situações como a carência de recursos materiais, o uso de drogas ou a trajetória de rua foram tratadas nas normativas como fatores que necessariamente impediriam mulheres de exercer o cuidado em relação aos seus filhos e filhas. Havia, assim, a responsabilização de forma individual dessas mulheres por não corresponderem às imposições sociais criadas a partir da conformação de um ideal de maternidade, que, ao fim e ao cabo, determina o número de filhos, a idade e época da vida em que as mulheres devem ser mães, em conjunto com um companheiro, além da condição socioeconômica em que deverão estar inseridas (Moreira & Nardi, 2009). Assim, essas normativas apresentavam “pistas de criminalização da pobreza, racismo, guerra às drogas e conflitos quanto ao padrão de maternidade e até sobre os direitos sexuais e reprodutivos” (Reis, 2019, p.62).

De acordo com Oliveira (2020), as publicações de tais recomendações foram seguidas por intensas reações contrárias ao fluxo proposto pelo Ministério Público de Minas Gerais (MPMG). Assim, profissionais das áreas de saúde e da assistência social, integrantes de movimentos sociais, universidades e instituições importantes, como, por exemplo, a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais¹⁴

¹⁴ A Defensoria Pública da União em Minas Gerais e a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, por meio de suas Defensoria Pública dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes e em Direitos Humanos, Coletivos e Socioambientais, publicaram a [Recomendação Conjunta nº 01/2014](#).

e o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte¹⁵ foram contrários a essas normativas, ressaltando a necessidade de fortalecer políticas públicas que acolhessem conjuntamente mães e crianças, bem como destacando a necessidade de recusar a realização de encaminhamentos desses casos de forma automática à Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte (VCIJ-BH).

Apesar desta mobilização, em 25 de julho de 2016, a VCIJ-BH publicou a Portaria nº 3 que, em sentido semelhante às recomendações de 2014, determinava que os agentes de saúde e as instituições hospitalares públicas comunicassem à VCIJ-BH, dentro de 48 horas contadas a partir do nascimento da criança, casos de “dependência química ou trajetória de rua” de genitores de recém-nascidos, sob pena de responsabilização criminal dos profissionais que não o fizessem.

Diante do conteúdo da Portaria nº 3, as Secretarias de Saúde, de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania, e Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado de Minas Gerais expediram, em novembro do mesmo ano, a Resolução Conjunta 206/2016, que orientava os serviços públicos acerca do atendimento de mulheres e adolescentes gestantes e puérperas que faziam uso de drogas¹⁶. A Resolução conjunta, ao contrário do que vinha acontecendo a partir da publicação da portaria em questão, orientava que a suspeita de uso de drogas não era motivo suficiente para manter uma criança recém-nascida saudável internada ou em unidade de tratamento intensivo (ou seja, sem receber a denominada “alta social”), até que a VCIJ-BH analisasse aquele caso e autorizasse ou não a mulher a sair da maternidade com seu filho ou sua filha.

Com a ocorrência reiterada de retenções de recém-nascidos saudáveis nas maternidades e, por vezes, da consequente separação entre eles e suas mães, situação ocasionada pelas normativas do MPMG e da VCIJ-BH, muitas gestantes, em especial aquelas em situação de maior vulnerabilidade social, permaneceram receosas em serem atendidas e acompanhadas pela rede de atenção à saúde do município. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

¹⁵ Conselho Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Resolução nº 377 de 15 de janeiro de 2015.

¹⁶ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2016. Resolução Conjunta SES-MG/SEDPAC-MG/SEDESE-MG nº 206, de 18 de novembro de 2016.

(SMSA-BH) constatou e publicizou em ofício¹⁷ a existência de um afastamento significativo das mulheres em relação à rede local de pública de saúde, de modo que algumas buscaram ter seus filhos em outras cidades, em suas próprias casas, com parteiras ou até mesmo nas ruas (Borges, 2019). Diante disso, a SMSA-BH destacou que não somente as normativas feriam os códigos de ética profissionais de categorias da saúde, dentre os quais destacamos a Psicologia e Assistência Social, como também desconstruíam a rede de atendimento municipal, sobretudo quanto ao atendimento de mulheres que fazem uso de drogas.

Essa movimentação também contou com pronunciamentos do meio universitário, por meio de programas de extensão, como a CdH/UFMG, e da própria sociedade civil, em especial por organizações de defesa de direitos humanos, além de posicionamentos institucionais de repúdio às já referidas Portaria e Recomendações, em razão de seu caráter discriminatório.

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) reconheceu em nota o caráter discriminatório das normativas, na medida em que estas foram direcionadas apenas às maternidades públicas, sem repercussão direta em instituições privadas (CONANDA, 2017).

A Resolução 020/2017 do Conselho Municipal de Assistência Social¹⁸, por sua vez, aprovou o fluxograma de atenção às gestantes e puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social em Belo Horizonte. Para a formulação desse documento foi considerada a Nota Técnica 01/2016 do então Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social do Poder Executivo Federal¹⁹. Em concordância e dando seguimento à formulação de propostas nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretária Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania de Belo Horizonte publicaram a Portaria

¹⁷ Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Ofício SMSA/EXTER nº 1314/2014. Belo Horizonte, 26 de dezembro de 2014.

¹⁸ Conselho Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte. Resolução nº 020 de 13 de setembro de 2017.

¹⁹ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Nota Técnica nº 01/2016/MDS/MS, que trata sobre diretrizes, fluxo e fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

Conjunta 01/2017²⁰, com diretrizes para a articulação e proteção social intersetorial necessárias à aplicação do mencionado fluxograma.

Tais mobilizações levaram à reconsideração dessa Portaria pela própria VCIJ-BH, que reconheceu a normativa como potencialmente prejudicial ao Sistema de Garantias dos Direitos da Criança e do Adolescente, o que culminou com a suspensão dos efeitos da normativa pela Corregedoria Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, em 10 de agosto de 2017.

Apesar disso, a VCIJ-BH propôs nova redação dessa normativa especificamente no que tange aos trâmites do processo judicial de “medidas de proteção”, que foi repudiada de forma contundente pela CdH/UFMG²¹ e pela DEDICA Cível BH/DPMG.

Em razão desta nova proposta tratar sobre direito processual, sem competência para tanto, além de centralizar o papel do Poder Judiciário nos casos, desconsiderando a importância da rede de saúde e assistência social e do conselho tutelar²² no acompanhamento de casos de possíveis violações ou ameaças a direitos de crianças e adolescentes²³, a nova minuta de portaria não foi formalmente apresentada pela VCIJ-BH até o ano de 2022.

A partir do contexto apresentado, é evidente que a separação de recém-nascidos de suas mães em situação de vulnerabilidade em Belo Horizonte, no período de 2014 a 2017, apresentou caráter institucional. Entretanto, ainda que a legitimidade concedida a essa prática não esteja mais prevista em normativas ainda vigentes, este fenômeno não se extinguiu e ainda integra a realidade do município, havendo, inclusive, notícias de retiradas semelhantes em outras grandes cidades

²⁰ Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte. *Portaria Conjunta nº 0001*. Belo Horizonte: Diário Oficial do Município, 5420 ed., 25 de novembro de 2017.

²¹ Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais. *Nota técnica sobre Minuta de nova Portaria elaborada pela Vara Cível da Infância e da Juventude*, de setembro de 2017.

²² Optamos por utilizar a nomenclatura com letras minúsculas em consideração à discussão apresentada por Scheinvar (2018).

²³ Cabe ressaltar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preza pela municipalização do atendimento (art. 18, I), de modo que se privilegia a comunicação de casos ao conselho tutelar (arts. 131, 136 e 137) e o atendimento em rede de crianças e famílias, nas áreas de saúde e assistência social. Nesse sentido, o papel do Poder Judiciário no enfrentamento de casos de violência ou ameaça de direitos de crianças e adolescentes é colocado pelo ECA como excepcional e subsidiário, devendo ser acionado quando as medidas aplicadas pelo conselho tutelar e quando as tentativas de apoio da rede municipal não se mostrarem suficientes para o fortalecimento do ambiente familiar natural ou extenso.

do Brasil, como Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro (Rosato, 2017; Sarmento, 2020).

Essas semelhanças perpassam pela ocorrência de “lacunas no atendimento a mulheres em situação de rua e/ou nas cenas de uso de drogas, bem como a existência de protocolos que supõem negligência e fracasso da mãe em cuidar do filho” (Pontes, 2019, p.34), baseados na simples suposição de existência de riscos para a criança. Isso se dá a partir da observação enviesada da situação de vulnerabilidade social vivenciada por essas pessoas, sem que seja de fato comprovado abuso ou maus-tratos, o que tem culminado na separação arbitrária de crianças, especialmente recém-nascidas, de suas mães e demais integrantes de sua família de origem.

Esse contexto revela, ainda, que essa separação apresenta como alvo mulheres, especialmente aquelas negras e pobres, a ponto de serem vítimas de violências a partir das quais seu planejamento familiar²⁴ e os cuidados em relação a seus filhos e às suas filhas são questionados a todo tempo. Estas violências geram, ainda, dificuldades de acesso a políticas públicas, com destaque àquelas responsáveis por garantir o efetivo exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Considerando a perspectiva interseccional²⁵, é possível traçar um paralelo entre a realidade local exposta anteriormente e a influência de discursos eugenistas no movimento de controle de natalidade como direito individual das mulheres nos Estados Unidos, no século XX, cujo slogan era “mais crianças para os aptos, menos para os inaptos” (Davis, 2016, p.205). A esse respeito, Angela Davis aponta que

²⁴ O direito ao planejamento familiar é previsto na Constituição Federal (artigo 226, §7º). Conforme o Ministério da Saúde (1999), “planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência”.

²⁵ Apesar de sua existência conceitual ser anterior, “interseccionalidade” é um termo cunhado pela estadunidense Kimberlé Crenshaw, em 1989, para se referir a “uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (Crenshaw, 2002, p. 177).

mulheres negras e pobres tinham o “dever moral de restringir o tamanho de sua família”, ao passo que isso era reivindicado como um direito, e não como um dever, pelas mulheres brancas e privilegiadas (p.213).

Nessa perspectiva, Davis (2016) descreve que embora o feminismo branco entendesse o controle de natalidade como um pré-requisito para a emancipação das mulheres, essa ideia não incluía parte substancial de outros grupos de mulheres, notadamente negras e latinas.

Conforme Crenshaw (2002) e Davis (2016), se por um lado a maternidade passava a se apresentar como voluntária para as mulheres brancas e de classes média e alta, as mulheres de classes mais pobres, negras, indígenas, porto-riquenhas e de origem mexicana eram submetidas à esterilização compulsória, inclusive a partir de programas financiados pelo governo, em uma tentativa racista de controle populacional, ao mesmo tempo em não era garantido a elas o pleno acesso a métodos contraceptivos e ao aborto seguro.

Davis (2016) salienta que as pautas feministas, tais como o exercício dos direitos reprodutivos, incluindo a maternidade, devem ser analisados sob a perspectiva da justiça reprodutiva e em atenção às demandas de todas as mulheres, em especial aquelas que, por circunstâncias históricas e econômicas, foram e são frequentemente obrigadas a abdicar de seus direitos reprodutivos.

Consideramos que é a partir dessa perspectiva interseccional que devemos analisar, portanto, questões relacionadas tanto à esterilização de mulheres pobres e negras, quanto à separação arbitrária e compulsória de crianças de suas famílias de origem também no Brasil.

Em relação à esterilização em território brasileiro, a constatação de que 45% das mulheres em idade reprodutiva foi vítima de esterilização não voluntária, de acordo com pesquisa produzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1986, mobilizou a sociedade civil para evitar essas violações de direitos humanos, especialmente no que tange à proteção das que mulheres pobres e negras, mais atingidas por esse processo de controle de seus corpos (Carvalho, 2017). A partir disso, a deputada federal Benedita da Silva requereu a instauração de Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, em 1991, para tratar dessa

esterilização sistemática e forçada de mulheres negras, o que impulsionou importantes debates voltados à saúde feminina e ao planejamento reprodutivo, sobretudo com a constatação de que a autonomia das mulheres em relação à sua capacidade reprodutiva não era respeitada pelos profissionais de saúde até então. Como fruto dessas mobilizações, os direitos reprodutivos e sexuais e o conceito de saúde integral²⁶ passaram a compor o âmbito da proteção à saúde no Brasil (Carvalho, 2017).

Longe de terem ficado no passado, tais investidas se renovam ao longo do tempo. Em 2017, por exemplo, começou a tramitar na Câmara Municipal de Belo Horizonte o Projeto de Lei 455/2017 que buscava “regulamentar a esterilização de mulheres em uso prejudicial de álcool e outras drogas”. O PL foi retirado de pauta em 2020 pelo seu autor²⁷, após a mobilização de movimentos feministas que perceberam a proposta como uma investida higienista e autoritária, na medida em que esta girava exclusivamente em torno da interrupção do exercício da autonomia das mulheres em relação ao seus direitos sexuais e reprodutivos, sem sequer se preocupar com a garantia de acesso a políticas públicas de qualidade relacionada à saúde, alimentação, segurança alimentar, educação e moradia – estas últimas, demandas atuais do público à qual a normativa se direcionava.

Na mesma toada, as internações em comunidades terapêuticas vêm sendo pautadas com frequência em todo o país, como evidencia o relatório da visita *in loco* ao Brasil, realizada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) em novembro de 2018 (CIDH, 2021). Segundo o documento produzido pela CIDH, o governo federal ter anunciado, em abril de 2018, a destinação de 87 milhões de reais ao funcionamento de comunidades terapêuticas - investimento que se dá em detrimento de tratamentos cujo método principal é o da reabilitação a partir da rede pública de atenção à saúde mental. Nesse cenário, propostas de internação de mães e seus bebês como uma suposta tentativa de solução à problemática de

²⁶ “Emanuelle Aduni Goes, coordenadora de saúde do Instituto Odara, ressalta que para as mulheres negras, o conceito de integralidade é que mais se aproxima à abordagem das determinantes sociais da saúde e do acesso aos serviços de saúde pública, aproximando-se à proposta de justiça reprodutiva. Nesse sentido, a ideia de saúde integral popularizada no Brasil acaba por englobar os direitos sexuais e reprodutivos” (Carvalho, 2017, p.67).

²⁷ Criola (2020). Projeto de Lei 455/17 que visava a esterilização de mulheres em BH é retirado da pauta.

separação de crianças de suas famílias de origem, especificamente nos casos relacionados ao uso de drogas pelas genitoras, como no caso de Recife²⁸, devem ser vistas sob alerta.

Por essa razão, torna-se urgente a compreensão das diferentes formas de abordagem que o Estado realiza junto às mulheres que fazem uso prejudicial de drogas e a forma como essas diferentes abordagens impactam diretamente no exercício de direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, esta pesquisa buscou refletir especificamente sobre comunidades terapêuticas, serviços substitutivos de saúde mental e o Sistema de Justiça.

²⁸ “Poderão ser acolhidos homens e mulheres recifenses a partir de 18 anos de idade, munícipes de Recife, que apresentem a necessidade de acolhimento, uma vez que estejam passando por problemas relacionados ao uso abusivo ou a dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. As 150 vagas são divididas entre 100 para homens e 50 para mulheres, sendo 10 delas para mães nutrizes com seus lactantes. As entidades poderão estar localizadas no Recife ou na Região Metropolitana (RMR), a um raio de 150 km da capital.” em Dantas, B. [Prefeitura do Recife lança edital de chamamento público com 150 vagas para comunidades terapêuticas acolhedoras; saiba como participar](#). Portal da Prefeitura, Recife, março de 2022.

3 | OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta pesquisa buscou realizar um mapeamento acerca do exercício efetivo de direitos sexuais e reprodutivos por mulheres em situação de vulnerabilidade social, destacadamente aquelas que já vivenciaram a experiência da maternidade e que fizeram ou fazem uso de drogas.

Nesse sentido, procuramos compreender como algumas instituições e serviços intervêm na vida dessas mulheres de modo a garantir ou não o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, com especial enfoque em comunidades terapêuticas, Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAM AD) e a Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte (VCIJ-BH). Considerando as especificidades dessas instituições e serviços, estruturamos a pesquisa em duas frentes de trabalho, com a utilização de diferentes procedimentos metodológicos.

Na frente relativa à VCIJ-BH, buscamos analisar especificamente se e como a condução de processos judiciais de medida de proteção interfere ou garante o efetivo exercício de direitos reprodutivos, em especial o direito ao exercício da maternidade, considerando que esses processos são instrumentos por meio dos quais mulheres e suas famílias têm, muitas vezes, seus filhos e filhas separadas(os) de seu convívio, com o encaminhamento da criança ao acolhimento institucional ou familiar²⁹. Esse encaminhamento é feito a partir de decisão judicial fundamentada em “situação de risco” à qual a família supostamente haveria submetido a criança, em razão de sua própria condição de vulnerabilidade – sendo um dos elementos desta o uso de drogas – assim como questões relacionadas à saúde mental de genitores no geral e, em especial, das genitoras.

²⁹ Ver seção 4.7 deste relatório.

Nessa frente de trabalho foram utilizadas estratégias metodológicas de cunho quanti e qualitativo para a análise de 40 processos de Medida de Proteção que tramitam nesta instância na Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), que foram instaurados entre os anos de 2013 e 2019 e tratavam da aplicação de medida de proteção a crianças de 0 a 12 meses, especialmente acolhimento institucional.

Para isso, delineamos um roteiro de análise documental que apresenta a estrutura de um formulário composto por perguntas objetivas relacionadas ao aspecto material e processual desses documentos. Durante a análise destes processos, a equipe de pesquisa respondeu às perguntas previstas neste roteiro, utilizando a plataforma *KoBoToolbox*. Dessa maneira, foi construído o banco de dados. Esses dados documentais foram analisados quantitativamente por frequência e qualitativamente por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2011). A metodologia será descrita em detalhes adiante, no momento da apresentação dos resultados dessa frente de trabalho.

Já a frente relacionada aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres com trajetórias em comunidades terapêuticas localizadas em municípios diversos e em CERSAMs AD de Belo Horizonte se configurou a partir de abordagem exploratória e qualitativa (Gil, 2010; Minayo, 2010; Yin, 2016;). Foram realizadas doze entrevistas em profundidade (Minayo, 2010; Moré, 2015) com mulheres que já fizeram ou ainda fazem uso de drogas, que, em sua maioria, vivenciaram a experiência da maternidade e que passaram tanto por acolhimento nos CERSAMs AD como por internações em comunidades terapêuticas, com vistas a realizar uma análise comparativa do tratamento destinado a essas mulheres nesses espaços, relacionando com a efetivação ou não de seus direitos sexuais e reprodutivos. Também detalharemos o percurso metodológico adiante, no momento da apresentação dos resultados.

4 | EIXOS ORIENTADORES DA PESQUISA

Para análise dos resultados da pesquisa, que serão apresentados adiante, consideramos os eixos descritos a seguir como elementos orientadores essenciais à interpretação dos dados. Ressaltamos que a divisão apresentada é meramente didática, formulada para auxiliar o processo de análise dos dados produzidos e localizar leitores e leitoras em relação aos referenciais adotados, pois não temos dúvida de que esses eixos se atravessam e se complementam.

30

4.1 Direitos sexuais, direitos reprodutivos e justiça reprodutiva

Resultantes de reivindicações de movimentos sociais, sobretudo de grupos feministas e LGBTQIA+, os direitos sexuais e reprodutivos compõem o arcabouço normativo dos direitos humanos e dizem respeito à integridade física, à liberdade e à autonomia – seja quanto à vivência da própria sexualidade e à saúde sexual, bem como à saúde reprodutiva e a decisões relacionadas ao exercício da maternidade.

Nesse sentido, os direitos reprodutivos se referem ao fato de que as pessoas devem poder decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quando e quantos filhos desejam ter, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009). Portanto, ao exercer os direitos reprodutivos, além do direito de decidir ter ou não ter filhos, incluindo as decisões sobre o momento da gravidez e a configuração do parto, a partir do acesso à informação e a políticas públicas que amparem socialmente essa decisão, as pessoas devem poder ter direito de realizar planejamento familiar, incluindo a possibilidade de acesso a métodos contraceptivos, a descriminalização e a legalização do aborto e a luta pelo fim da violência obstétrica.

Os direitos sexuais, por sua vez, abarcam o direito à saúde sexual, com a possibilidade de vivência de experiências sexuais prazerosas, satisfatórias, livres, seguras e desvinculadas da concepção de reprodução, bem como o direito de

acesso à educação sexual de qualidade e o direito ao exercício da sexualidade sem qualquer forma de violência, discriminação ou coerção sexual (World Association for Sexual Health, 2014; Corrêa, Alves & Jannuzzi, 2006).

O avanço dos direitos sexuais e reprodutivos foi marcado pela realização de importantes conferências internacionais, com grande destaque aos primeiros. Em 1993, foi realizada a II Conferência Internacional de Direitos Humanos, em que se conformou a noção de direitos reprodutivos, mas houve apenas a sinalização³⁰ para os direitos sexuais. Em seguida, houve a Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo (ONU, 1994), que se debruçou sobre a matéria da saúde sexual, e cujo Programa de Ação trata de saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, entre outros. O documento foi paradigmático por retirar os temas dos direitos reprodutivos e sexuais de uma esfera de patologização e controle, e apresentá-los como componentes essenciais do desenvolvimento humano. Em seguida, foi realizada em 1995 a IV Conferência Mundial da Mulher, que se destacou por consolidar o controle das mulheres sobre sua sexualidade, e tratar de questões como o direito ao aborto (Gomes, 2021).

Apesar desses avanços, Juliana Gomes (2021) chama atenção para o fato de que os direitos sexuais muitas vezes são analisados de forma indiferenciada com relação aos direitos reprodutivos, o que contribuiu para que, historicamente, “os primeiros fossem vistos como uma categoria subordinada e condicionada aos segundos” (p.3). O tratamento da sexualidade permaneceu vinculado à saúde e/ou atrelado aos direitos reprodutivos de casais cis-heterossexuais, marginalizando, portanto, práticas e identidades tidas como não hegemônicas, provocando impacto negativo frente ao avanço de pautas relativas à sexualidade e à identidade de gênero (Gomes, 2021).

³⁰ O termo “sinalização” é a expressão utilizada por Miriam Ventura (2003) para a incipiente formulação e reconhecimento dos direitos sexuais no contexto normativo internacional.

Em meio à consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, os aspectos mais controversos relacionados à sexualidade acabaram por ser utilizados como moeda de troca durante barganhas políticas, a ponto de não serem conceituados em declarações³¹ e outros documentos produzidos neste âmbito.

Por exemplo, as expressões “direitos sexuais” e “orientação sexual”, presentes nas minutas preliminares da Conferência do Cairo e da IV Conferência Mundial da Mulher acabaram por serem retiradas nos textos finais, por fatores como a influência da busca de reafirmação de modelos familiares de setores cristãos e mulçumanos nos documentos (Gomes, 2021).

Diante dessas problemáticas, é necessário considerar os direitos sexuais e direitos reprodutivos como complementares, na medida em que ambos se encontram inseridos no regime jurídico geral dos direitos humanos, que, ao fim e ao cabo, são indivisíveis e interdependentes.

Outra questão evidenciada por Sueli Carneiro (2019) é o fato dessa discussão dar maior relevância às demandas de mulheres brancas, obliterando, por consequência, as experiências específicas de mulheres negras. Diante disso, é imprescindível que tanto a sexualidade como a reprodução sejam analisadas sob a perspectiva interseccional, que leva em consideração o fato de que as categorias de gênero, raça e classe estruturam as relações sociais de poder e suas iniquidades sistêmicas, ao mesmo tempo que suas próprias inter-relações produzem situações complexas que são melhor compreendidas em um contexto relacional específico.

Para tanto, o movimento feminista de mulheres afro-estadunidenses, latinas e asiáticas desenvolveu o conceito de justiça reprodutiva. A justiça reprodutiva é fruto da junção dos conceitos de direitos reprodutivos e justiça social, conforme elucidado por Loretta Ross³² (2007), e pode ser compreendida como “o completo bem-estar físico, espiritual, político, social e econômico de mulheres e meninas, baseado na plena realização e proteção dos direitos humanos das mulheres”.

³¹ Apesar de estas conferências não terem caráter vinculante, diferentemente de tratados e convenções internacionais, elas foram importantes instrumentos de pressão a nível nacional para efetivação de consensos estruturados internacionalmente em relação à temática (Mattar, 2008).

³² Loretta Ross fundou, em 1997, o grupo de mulheres negras nos Estados Unidos, denominado *SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective*.

A partir dessa perspectiva, Ross afirma que a justiça reprodutiva pressupõe que se reconheça a mesma importância a: (1) o direito de ter filhos(as) nas condições de sua escolha; (2) o direito de não ter filhos(as), a partir do uso de métodos contraceptivos seguros, bem como abortos, quando necessários; e (3) o direito de cuidar de seus próprios(as) filhos(as), em ambientes seguros e saudáveis, livres de violência por parte de indivíduos ou do Estado (Ross, 2007).

Assim, ao enfatizar que a defesa da autonomia sexual e reprodutiva deve estar associada à garantia de acesso a condições estruturais para a manutenção de uma vida digna, especialmente às mulheres submetidas concomitantemente a múltiplos sistemas de exclusão, seja em razão de gênero, raça, etnia, nacionalidade, orientação sexual, idade e/ou deficiências, a justiça reprodutiva coloca em destaque a tensão entre a liberdade individual e a justiça social que permeia o debate feminista (Brandão & Cabral, 2021; Corrêa & Petchesky, 1996; Mello & Nuernberg, 2012; Mello & Rondon, 2020). Com isso, trata-se de um conceito que se atenta aos múltiplos obstáculos estruturais que impedem a realização de escolhas e, portanto, o efetivo exercício da autonomia sexual e reprodutiva, que provoca desigualdades.

Segundo Mello e Rondon (2020), “em um contexto de justiça reprodutiva, nenhuma mulher precisaria dar qualquer justificativa a esse exercício de autonomia” (s.p.). No âmbito da discussão sobre deficiência e direitos reprodutivos, as autoras afirmam ainda que

É cruel e errado supor que são as mulheres, em suas decisões reprodutivas, que criam ou reforçam discriminações que têm suas origens e mecanismos em estruturas sociais injustas, independentemente de seus projetos de vida. A decisão de uma mulher não é a mesma que uma decisão de Estado que obrigasse as mulheres a abortarem, decidindo quais vidas valem a pena serem vividas. A decisão de uma mulher diz respeito apenas a ela mesma e suas possibilidades de maternar ou não uma futura criança de acordo com suas próprias condições de vida. (Mello & Rondon, 2020, s.p.)

Desse modo, tratar de justiça reprodutiva é compreender que as escolhas das mulheres estão intimamente relacionadas às condições que elas encontram para tomar suas decisões. A partir disso, essa compreensão procura deslocar a responsabilização que recai individual e exclusivamente sobre as mulheres quando

se trata de escolhas relacionadas à sua vida sexual e reprodutiva, para assumir uma perspectiva relacional, em que seus parceiros(as), familiares, amigos(as), e especialmente o Estado têm a obrigação de garantir o acesso a condições sociais e estruturais que amparem de forma voluntária, segura e informada suas decisões, como, por exemplo, a partir do acesso a vagas em creches públicas, ou ainda à educação sexual e planejamento reprodutivo condizente com suas necessidades específicas, tendo por base as diversidades que as circundam.

4.2 Direito à convivência familiar e comunitária

O direito à convivência familiar e comunitária é um direito da população infanto-juvenil de formação e manutenção de vínculos, ou seja, esse direito assegura que crianças e adolescentes sejam parte de uma família.

Em geral, a família é o ambiente inicial de socialização do indivíduo e é nela que se inicia o processo de desenvolvimento da personalidade e são estabelecidas as primeiras relações com o mundo, a partir da formação de vínculos de afetividade, amizade, respeito e solidariedade (Vieira, 2014).

Nesse contexto, a convivência familiar é caracterizada pela participação ativa de todos os membros deste grupo, de modo que infantes, consideradas pessoas em desenvolvimento, sejam estimuladas a participar da rotina, dos rituais, do dia a dia e dos processos de tomada de decisões familiares.

Sob essa perspectiva, a família é compreendida de forma ampliada, como disposto no *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária* (Brasil, 2006). Segundo o documento, a família é entendida como um grupo de pessoas ligadas por laços de aliança, consanguinidade e afinidade, gerando obrigações que são sistematizadas de acordo com relações de idade, geração e gênero, como pais, avós e irmãos. É no âmbito familiar que a criança e o adolescente formam suas primeiras noções de responsabilidade, limite, autoridade, realidade e afetividade, questões fundamentais para a vida plena em sociedade. Assim, um ambiente familiar que atenda às necessidades sociais, afetivas e fisiológicas de suas crianças e

adolescentes constitui o fundamento para um desenvolvimento saudável ao longo da vida do indivíduo (Brasil, 2006).

A convivência comunitária, por sua vez, decorre de outros vínculos fundados no afeto e na convivência, complementares aos vínculos familiares, como o caso de amigos e amigas, padrinhos, madrinhas e vizinhos e vizinhas (Teixeira & Vieira, 2015). Assim, é possível compreender a convivência comunitária como aspecto essencial do desenvolvimento da criança ou adolescente, por meio do encontro com o coletivo e o aprendizado de regras, leis, valores, cultura, papéis sociais, crenças e tradições, transmitidos de geração a geração. Nesse processo de choque e harmonia com a comunidade é que a criança constrói sua identidade social e coletiva (Brasil, 2006).

Considerando o papel essencial da família e da comunidade na constituição do sujeito, torna-se explícita a importância de oferecer à criança e ao adolescente um ambiente familiar e comunitário afetivo e atento às suas necessidades. Em caso de qualquer vulnerabilidade social no âmbito familiar ou comunitário, é obrigação do Estado apresentar apoio, com vistas a garantir – conjuntamente com a comunidade e a família – a efetividade dos direitos das crianças e adolescentes (Brasil, 2006).

Portanto, é corresponsabilidade do Estado, da sociedade e da família a garantia do direito à convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente, como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Conforme o *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária* (Brasil, 2006), deve-se garantir, por meio dessa corresponsabilização: uma rede que preste com qualidade os serviços de atenção e proteção à criança, ao adolescente e à família, com a prestação de devida atenção psicopedagógica; difusão da valorização dos direitos da criança e adolescente entre a família e sociedade; superação de padrões culturais arraigados que permitem a normalização da violência contra crianças e adolescentes; a capacidade de membros da família, sociedade e Estado de reconhecer e combater padrões de violência; a oferta de serviços de acolhimento e cuidado para crianças

e adolescentes que precisam ser afastadas temporariamente de suas famílias de origem e a oferta de serviços de apoio psicossocial visando à reintegração familiar.

No que se refere ao papel do Estado no cumprimento de tais funções, é importante destacar que os atores estatais (conselheiros tutelares, assistentes sociais e autoridades judiciais, dentre outros) devem sempre levar em conta as condições socioeconômicas das famílias e comunidades de origem das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Nesse âmbito, devem sempre observar e garantir a inclusão de tais grupos nos programas sociais e políticas públicas que sejam relevantes em seu contexto. Como estabelecido pelo ECA, a falta de recursos materiais não caracteriza negligência. Ao contrário, aponta a responsabilidade do Estado e sociedade em garantir as condições de vida adequadas para os sujeitos envolvidos.

Todavia, ressaltamos os desafios que estão postos. A título de ilustração, recuperamos aqui as pesquisas de Alexa Dorneles (2018; 2022). Na primeira, a autora buscou compreender como era realizado o atendimento das famílias de crianças e adolescentes acolhidas(os) institucionalmente e atendidas(os) pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), na perspectiva da garantia do direito à convivência familiar e comunitária. Por meio de análise de processos judiciais de um município do Rio Grande do Sul, ela evidenciou que o direito à convivência familiar e comunitária era efetivado através da violação do direito à convivência com a família de origem, na perspectiva de acelerar o processo de inserção das crianças e adolescentes em famílias substitutas, por meio da adoção e diminuição do tempo de permanência nas instituições de acolhimento (Dorneles, 2018). Já em sua recente tese de doutoramento, Dorneles (2022) constatou que os discursos sobre direitos humanos em curso atualmente reiteram a (des)proteção social de crianças e adolescentes, e a racionalidade neoliberal de aspecto neofascista vigente justifica esse tipo de discurso e de política, ao naturalizar as raízes das desigualdades sociais na realidade brasileira.

4.3 Uso de drogas sob a perspectiva de raça, classe e gênero

O uso de substâncias alteradoras de consciência é uma constante na história da maioria das sociedades humanas (Escohotado, 2004). A transformação de substâncias de uso ritual e religioso em mercadorias alvo de controle e interdição estatal se deu a partir de um processo amplo, que definiu as drogas como problema social.

Esse processo teve por base a criminalização e a medicalização do consumo (Vargas, 2006), ou seja, a proibição e repressão de sua venda, produção e consumo, o monopólio da medicina sobre sua administração e controle e os discursos morais sobre seu uso ou abuso. A relação de repressão ao uso, produção e comércio das substâncias conhecidas como drogas foi construída ao longo da história recente e guarda relações estreitas com o controle social de grupos marginalizados. No caso brasileiro, a criminalização da maconha serviu de discurso legitimador para políticas de cunho repressivas que tiveram as populações negras e pobres como alvo (Saad, 2019; Souza, 2015).

Se do ponto de vista da raça, a repressão às drogas recaiu e recai de forma desigual sobre a população negra, o mesmo pode-se dizer em relação às consequências do uso para pessoas de diferentes classes sociais. Se as drogas têm seu uso democratizado no mundo, a partir dos anos 1960, o mesmo não pode ser dito sobre a repressão aos que delas fazem uso. O marcador de classe e raça, é condição indispensável para se pensar o destino e as consequências de se usar drogas no Brasil, em especial no caso do crack (Garcia, 2016).

Nos interessa também, entender como as políticas de drogas atingem de forma diferenciada as mulheres. Se é possível constatar que as mulheres são maioria das trabalhadoras nos serviços de saúde que cuidam das pessoas em uso prejudicial de drogas (Melo, 2018), o mesmo não pode ser dito sobre sua presença como usuárias de drogas nos serviços de cuidado. O uso prejudicial de drogas é menos prevalente entre as mulheres, contudo, autores ressaltam que é importante pensar o quanto os estereótipos de gênero podem influenciar as teorias sobre a diferenciação do abuso de drogas entre os gêneros (Santos & Villar, 2018).

Na já citada pesquisa do IPEA (2017), apenas 5% das CTs atendem exclusivamente o público feminino. Um fato notado por diferentes pesquisas é a percepção de que seria mais “difícil” o tratamento para mulheres, elas teriam dificuldade de aderir ao caminho proposto por esse cuidado (Santos & Villar, 2018; Saraiva & Prado, 2012). Nesse sentido, Saraiva e Prado (2012) afirmam que

às mulheres cabe o título não só de dependentes, mas também de desarrazoadas, indóceis, presas de ditames naturais e incomunicáveis. Soma-se a isso a noção de que são de “difícil tratamento”, aderindo fragilmente à proposta de vida comunitária, dentre outras designações que parecem revelar um preconceito de gênero, mantido às custas da naturalização de condutas tidas como inerentes à mulher. (p.308)

Quando comparadas aos homens, soma-se a essa percepção sobre as mulheres usuárias uma maior manifestação de culpa e vergonha em decorrência do uso de drogas, algo que será ainda mais aprofundado quando se pensa as concepções modernas sobre maternidade, algo visto como uma experiência dadivosa, um aspecto essencial da identidade feminina (Melo, 2018). Nesse caso, recairia sobre as mães usuárias o estigma de ser uma mãe ruim, alguém que fugiu ao caminho “natural” de todas as mulheres. Se, para os homens, a nomeação de “doente” em decorrência do uso prejudicial de drogas pode cumprir uma função atenuante em relação a um comportamento visto como desviante, o mesmo não se aplica às mulheres:

O uso intensivo de drogas, mesmo quando visto como uma doença, não tem o efeito de desresponsabilizar as mulheres pelo comportamento indesejado perante os filhos. Nesse caso, a dependência química, diversa de outras doenças, não atenua o julgamento diante do tempo não dedicado à função materna (Melo, 2018 p.129).

As mulheres e, em especial, as mães usuárias de drogas sofrem com uma dupla estigmatização. Por um lado, o estigma do uso abusivo de drogas, algo malvisto socialmente e, dependendo da substância, criminalizado, e por outro lado, o estigma de má mãe, o abandono do lugar social esperado de protetora da família.

4.4 Comunidades terapêuticas e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

As comunidades terapêuticas (CTs), instituições que atuam no Brasil desde os anos 1960, possuem proposta que se ancora no tripé *disciplina-trabalho-espiritualidade* (IPEA, 2018). As CTs se estruturam a partir da lógica proibicionista, que entende a abstinência como a única possibilidade de resposta frente ao uso de drogas. Além disso, adotam o isolamento e/ou a restrição do convívio social como prática fundamental de seu modelo (CFP/MPF, 2018), na maioria, juntamente com a imposição de crenças religiosas. Ana Regina Machado (2006) aponta que, “de acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2004, foi, na década de 90, que se registrou a maior expansão desses dispositivos [comunidades terapêuticas] de tratamento” (p.45) no Brasil. Ainda segundo a autora,

atrelado ao vazio de políticas públicas de cuidados voltados para às pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas, ainda nos anos 1990, as comunidades terapêuticas, pela organização que alcançaram e pela sua vinculação a instituições religiosas, conseguiram exercer uma pressão junto às instituições governamentais, buscando se estabelecer como o modelo de tratamento do Brasil na área de drogas. (Machado, 2006, p.52)

Dessa forma, acentuaram-se os pedidos de financiamento público. Diante a tal contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução 101/2001, instituindo normas mínimas para o funcionamento dessas instituições, dispondo sobre a infraestrutura, equipe, o monitoramento/vigilância dessas, critérios para tratamento e de elegibilidade, e os procedimentos do serviço (como a não imposição de crenças religiosas, a permanência voluntária, a garantia de alimentação nutritiva e cuidados de higiene e a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais, dentre outros).

Portanto, é em meio a um cenário de disputas que são publicadas a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002) e a *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas* (Brasil, 2003), dispondo os primeiros direcionamentos sobre os cuidados em serviços pautados pelos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e já fazendo referência à perspectiva da redução de danos.

Em 2011, com a publicação da Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída, tendo como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011). A referida normatiza enfatiza que a proposta está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial (Brasil, 2001) e da Política de Redução de Danos (Brasil, 2003), instituindo uma rede complexa, com equipamentos diversos e nos diferentes níveis de atenção.

Assim, a RAPS se configura como uma rede articulada, composta pela Atenção Básica, Atenção Psicossocial (ou especializada), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Social, sendo, em razão de sua diversidade e capilaridade, capaz de suprir a demanda relacionada à saúde mental da população, tanto a nível local, quanto nacional.

A RAPS se configura, portanto, como a base de sustentação do modelo assistencial substitutivo ao modelo hospitalacêntrico ou manicomial, de privação de liberdade, ao buscar a consolidação do cuidado em serviços abertos, territorializados e comunitários. Apesar disso, em contradição à própria proposta, a Portaria 3.088/2011 prevê as comunidades terapêuticas como pontos de atenção de caráter residencial – paralelamente às Unidades de Acolhimento.

Entre os anos de 2006 e 2014 foram implantados 378 Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPS AD) no Brasil, conforme documento do Ministério da Saúde publicado em 2015³³. No município de Belo Horizonte, o primeiro Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAM AD), nome dado aos CAPS AD na cidade, foi implantado no ano de 2008.

³³ *Saúde Mental em Dados* foi uma série de relatórios produzidos pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde durante 10 anos consecutivos. Esses relatórios davam visibilidade ao avanço da política pública de saúde mental no país. Atualmente não são publicadas novas edições e esses relatórios não se encontram mais disponíveis no portal do Ministério da Saúde. As publicações realizadas entre 2006 e 2015 podem ser conferidas no site do [Desinstitute](#).

Atualmente a RAPS de Belo Horizonte conta com uma rede complexa e diversa, com retaguarda 24h, e vem sustentando a decisão de não aderir aos programas incentivados por outras esferas de gestão para contratação de CTs. Tampouco foi constituída proposta municipal de saúde que insira esse tipo instituição nos seus fluxos de rede.

Além de 05 CERSAMs AD, a cidade conta com 01 Unidade de Acolhimento Transitório Adulto e 01 Infantojuvenil, 08 CERSAMs e 03 CERSAMis, Equipes de Consultório na Rua, leitos clínicos em hospital geral, 09 Centros de Convivência, Atendimento em Saúde Mental nos Centros de Saúde, dentre outros dispositivos e programas. A esses dispositivos e programas cabe a realização do trabalho em articulação com os demais pontos da rede, visando a atenção integral em saúde, assim como com a rede intersetorial, a comunidade e as famílias.

Em pesquisa realizada por Ana Regina Machado em três CERSAMs AD de Belo Horizonte, constatou-se que esses serviços

priorizam o desenvolvimento de práticas de produção de acolhimento e vínculos e de atenção aos comprometimentos de saúde das pessoas que usam drogas. Oferecem também, ainda que sem priorização, práticas que contribuem para a produção de cidadania. Incluem elementos da redução de danos, da atenção psicossocial e do cuidado em suas lógicas de atenção. Sustentam a atenção em serviços abertos, porém com pouca articulação com os recursos comunitários e territoriais. (Machado, Modena & Luz, 2020, p.6)

As autoras destacam também que “os Caps AD pesquisados realizam práticas coerentes com o modo de atenção proposto pelo MS, entre os anos 2002 e 2015” (Machado, Modena & Luz, 2020, p.15), quais sejam,

o reconhecimento das pessoas que usam drogas como sujeitos; a produção de acolhimento, cuidado e vínculos; a adoção da redução de danos, da atenção psicossocial e do cuidado na lógica de atenção; a promoção de acesso a direitos sociais básicos e a serviços de saúde; a sustentação do cuidado em liberdade, a permanência no território e a preservação dos laços sociais; a atenção aos comprometimentos orgânicos e psicossociais, em situações de crise ou não; o acompanhamento dos usuários por técnicos de referência; a oferta de escuta; o compartilhamento de saberes e práticas na atenção; a ampliação das possibilidades de vida das pessoas que usam droga. (p.15)

A marcação temporal indicada pelas autoras é relevante, pois a partir de 2016 ocorreram movimentações políticas que ampliaram o processo de desmonte e o retrocesso das políticas públicas no país. Exemplo disso são as propostas e instituições de mecanismos de incentivo a regulamentação, ampliação e financiamento com foco nas CTs por parte do governo federal.

Nesse sentido, nos últimos anos houve um aumento expressivo dos recursos federais destinados a essas entidades. De 2018 até 2021 o número de vagas em CTs financiadas pelo Ministério da Cidadania passou de 2.900 para 17.300. Dessa forma, entre 2020 e 2021, o Ministério da Cidadania repassou quase 200 milhões de reais às instituições contratadas³⁴.

Segundo recente levantamento realizado pela Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap),

As CTs (Comunidades Terapêuticas) – entidades privadas de privação de liberdade para tratamento de pessoas que fazem uso problemático de drogas – receberam, entre 2017 e 2020, o total de R\$560 milhões do poder público. Todo esse montante, que é somado entre as esferas federal, estadual e municipal, tem tendência de aumentar nos próximos anos. De um ponto de vista orçamentário, a aprovação da Lei Complementar 187/2021, sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro, dá direito às CTs de buscarem imunidade tributária, uma espécie de financiamento público indireto.³⁵

É fundamental mencionar ainda que em 2017 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 3.588 (Brasil, 2017), que dispõe sobre alterações na RAPS, fomentando uma “nova política” de saúde mental de viés violador dos direitos dos usuários e na contramão das diretrizes e princípios preconizados pelas legislações vigentes.

A cartilha publicada pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e Conselho Nacional de Saúde (2018), intitulada *Comentários acerca da Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves*

³⁴ Ministério vai contratar 6,3 mil vagas em comunidades terapêuticas - anúncio foi feito pela pasta da Cidadania, notícia veiculada pela EBC – Agência Brasil, em dezembro de 2021.

³⁵ Comunidades Terapêuticas: levantamento inédito aponta falta de transparência e de padrões de políticas públicas, notícia veiculada no site da ONG Conectas Direitos Humanos, em abril de 2022.

*retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios*³⁶, destaca que uma “nova política” de drogas foi apresentada naquele momento:

uma proposta de política de drogas também foi apresentada pelo atual governo atual, que diminui o investimento dos CAPS, desconhece a política de redução de danos, contraria as bases de direitos humanos, favorece o encarceramento sob o nome de “cuidado” e privilegia comunidades terapêuticas. Em 25 de abril último [2017], o governo federal anunciou edital para 7 mil leitos em comunidades terapêuticas, no valor de R\$ 87 milhões, numa iniciativa interministerial que envolve os ministérios da Justiça, da Saúde, do Trabalho e do Desenvolvimento Social. Por outro lado, desde 2011, não há qualquer aumento de repasse para os CAPS. (p. 14)

É evidente que, há décadas, este é um campo em disputa no país, e que mesmo em gestões anteriores, apesar dos avanços, existiram brechas e planejamentos que potencializaram a expansão e fortalecimento das CTs em detrimento dos serviços substitutivos e de base territorial. A própria lacuna temporal até que o Ministério da Saúde assumisse a pauta das políticas sobre drogas deixou marcas importantes, dando espaço para que orientações voltadas para a abstinência e também para as práticas de cunho religioso, moral e repressor se consolidassem.

Contudo, é inegável que, diferentemente das décadas anteriores, nos últimos anos o país passa por um cenário de desmonte e ataques ao SUS, à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e à Política de Redução de Danos, ao mesmo tempo em que está em curso um projeto de expansão e fortalecimentos das CTs, retomando também outras práticas fundamentadas em isolamento, exclusão, segregação e patologização da experiência humana.

Nesse sentido, podemos observar que, para além do aumento de recursos públicos destinados às CTs, ocorre um movimento de ampliação do escopo da atuação dessas instituições a partir de normativas do atual governo federal, possibilitando uma diversificação do público atendido. Podemos citar, como exemplo, a Portaria Conjunta 04/2020, que aprova orientação técnica conjunta para

³⁶ Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e Conselho Nacional de Saúde (2018). [Comentários acerca da Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios.](#)

a atuação intersetorial e integrada entre a rede socioassistencial e as Comunidades Terapêuticas no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) junto à população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas, e a Resolução CONAD 03/2020, que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.

Portanto, desde o final de 2017 os esforços contrários ao que é preconizado nas legislações vigentes, com destaque para a Lei Federal 10.216/2001 e para a Portaria 3.088/2011, intensificaram-se – “é a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás” (Delgado, 2019, p.1). Ou seja, as políticas de expansão e fortalecimento das CTS se inserem em um contexto mais amplo que vem sendo chamado de remanicomialização das políticas de saúde mental (Guimarães & Rosa, 2019; Passos, Farias, Gomes & Araújo, 2020).

Não caberia contemplar toda a discussão sobre os retrocessos e desmontes dos últimos anos neste relatório, mas no **Quadro 1** a seguir agrupamos algumas normativas e editais recém-publicados, o que possibilita uma breve compreensão a respeito desse cenário devastador.

Quadro 1: Documentos relacionados com o recente retrocesso no campo de saúde mental, álcool e drogas

DOCUMENTOS	
ANO	DESCRIÇÃO
2016	Promulgada a Emenda Constitucional 95. Instituiu novo regime fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, congelando os gastos e investimentos em saúde por 20 anos.
	Publicada a Portaria 1.482. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Considera as comunidades terapêuticas como estabelecimentos elegíveis ao cadastramento no CNES.

2017	Publicada a Portaria 3.588. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências.
	Publicada a Nota Técnica 11 - CGMAD/DAPES/SAS/MS, que refere sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.
	Instituído o Comitê Gestor Interministerial (Portaria Interministerial nº 2), contando com membros dos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Saúde, do Desenvolvimento e do Trabalho. O grupo foi criado para estabelecer critérios de regulamentação, ampliação e financiamento, com foco no acolhimento residencial transitório em CTs
	Resolução CIT 32/2017. Estabelece Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, aprovando a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) e fortalece a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as comunidades terapêuticas.
2018	Edital de Credenciamento da SENAD, que previa 6.000 vagas e em outubro foram ampliadas para mais de 9.000.
	Instituído o Comitê das Comunidades Terapêuticas, no âmbito do Ministério da Saúde, através da Portaria GM 3.449, com a finalidade de discutir, avaliar, propor ou alterar resoluções, portarias, normas técnicas e documentos congêneres no contexto da política pública sobre álcool e outras drogas que versem sobre aspectos gerais, modelos, parâmetros técnicos, regulação e certificação de organizações da sociedade civil denominadas CTs.
	Publicada a Portaria 544. Define as diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências.
	Publicada a Portaria 2.434. Altera a Portaria de Consolidação 6/GM/MS. Reajuste do valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.
	Resolução CONAD 01. Aprova diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal. Prevê que a União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em CTs.
	Edital da SENAD/SENAPRED 01. Tem por objeto o credenciamento de entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizem o acolhimento exclusivamente voluntário, em regime residencial transitório, de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Estas entidades prestarão os serviços buscando acolher pessoas que necessitam de afastamento do ambiente no qual se iniciou, desenvolveu ou se estabeleceu o uso ou a dependência de substâncias psicoativas, como o álcool, crack, maconha, cocaína, dentre outras. Para a distribuição das vagas em todo o Brasil, foi considerada a prevalência do consumo de drogas por região e o número da oferta de vagas em CTs por região, conforme dados levantados.

2019	Apresentado posicionamento favorável à ampliação dos leitos e investimentos do Governo Federal às CTs. Em comemoração aos 100 dias de governo foi assinado o documento que institui a chamada “Nova Política de Drogas”, prevendo credenciamento de cerca de 11 mil novos leitos em CTs com financiamento público.
	Decreto Presidencial 9.761. Aprova a “nova” Política Nacional sobre Drogas.
	Publicada a Lei 13.840. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.
	Edital da SENAD/SENAPRED 17. Torna pública a abertura do processo de credenciamento e de habilitação para a contratação de serviços de acolhimento a dependentes químicos, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário, no modelo CT, sendo o acolhimento destinado a adultos (masculino e feminino) e mãe nutriz.
2020	Portaria MC 69/2020. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo coronavírus, orientando a articulação para tais finalidades com as CTs.
	Portaria MC Conjunta 04/2020. Aprova orientação técnica conjunta para a atuação intersetorial e integrada entre a rede socioassistencial e as Comunidades Terapêuticas no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) junto à população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas.
	Resolução CONAD 03. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.
2021	Portaria MC 690/2021. Estabelece o Modelo de Plano Individual de Atendimento de Adolescentes (PIA) e o Fluxograma de Acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em CTs, em conformidade com a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 e com o disposto nos artigos 23-A, 23-B e 26-A da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conforme redação dada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.
	Portaria MC 700/2021. Regulamenta a fiscalização das CTs que realizam o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas, no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas.
	Aprovado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 134/2019, que inclui as comunidades terapêuticas dentre as entidades que terão imunidade tributária.

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, 2022.

4.5 Vulnerabilidade social e risco

O termo vulnerabilidade compreende vários fatores que impactam o exercício da cidadania pelos sujeitos, como a ausência ou precariedade de acesso à renda, fragilidade de vínculos afetivo-relacionais, dificuldade de acesso a políticas públicas, a direitos e à proteção social (Carmo & Guizardi, 2018). Nesse sentido, as análises de vulnerabilidade social se conformam como um fenômeno multifacetado que abarca diversos elementos, não apenas constatações sobre pobreza, já que a ausência de recursos materiais não é suficiente para definir se determinada pessoa necessita ou não de suporte (Cruz & Hillesheim, 2016).

Assim, os elementos que conformam a situação de vulnerabilidade de indivíduos, famílias ou comunidades são os recursos materiais ou simbólicos que permitem o desenvolvimento social; as estruturas de oportunidades do mercado, do Estado e da sociedade; e as estratégias desses atores para utilização desses recursos com vistas a fazer frente às mudanças estruturais de um dado contexto social (Abramovay, Castro, Pinheiro, Lima & Martinelli, 2002).

Ocorre que certas vulnerabilidades são interpretadas necessariamente como risco, enquanto forma de ameaça, acidente ou perigo à qual uma pessoa submete outrem (Crestani & Rocha, 2018). Isso decorre do fato de que determinados grupos de pessoas em razão de raça, gênero, sexualidade e classe socioeconômica, dentre outros, são analisados não como destinatários de políticas públicas de caráter protetivo, mas vítimas e alvos apenas de aparatos de segurança pública de caráter repressivo (Marques, 2019; Vieira, 2007).

Nesses casos, portanto, algumas situações apresentadas como de risco são frequentemente usadas para justificar o emprego de instrumentos de poder e de disciplina frente a sujeitos tidos não como vulneráveis, mas como “perigosos”, em que se privilegia o uso de aparatos de repressão em detrimento de sua própria proteção e de sua comunidade (Crestani & Rocha, 2018).

No caso da separação compulsória de mães e seus bebês, quando uma equipe de profissionais identifica uma vulnerabilidade em relação à gestante, como o uso de drogas, presume-se que estas mulheres são necessariamente negligentes

frente a seus filhos e filhas, a ponto de se concluir que estas crianças se encontram sob situação de risco, sem seja constatada alguma situação evidente e recorrente de maus-tratos ou abuso.

Nesse contexto, os profissionais, como aqueles que trabalham em maternidades e em conselhos tutelares, que precisam analisar a “capacidade protetiva” de mulheres em relação a suas crianças, devem, ao abordar a genitora e todo seu núcleo familiar, levar em consideração o contexto socioeconômico-cultural no qual se encontram inseridos. Para tanto, é fundamental atentar-se à necessidade de cada genitora e seu núcleo familiar de acesso às redes de proteção, recursos e apoio, compostas por serviços e equipamentos socioassistenciais e de saúde de cada território. A esse respeito, o os Conselhos Regionais de Psicologia de Minas Gerais e de São Paulo emitiram um documento conjunto (CRP-MG & CRP-SP, 2020) em que orientam:

O ECA estabeleceu, em seu art. 245, as situações de comunicação obrigatória para autoridades competentes, considerando-se órgãos da saúde, educação, assistência e outras políticas públicas nos casos de suspeita ou confirmação de abuso ou maus-tratos. Situações de risco ou vulnerabilidade – que se encontram na base argumentativa das situações de pobreza – pedem por outras medidas e intervenções no âmbito da atuação das políticas públicas que não perpassam o necessário e imediato acionamento das instâncias judiciais. Caso seja identificada situação de rua ou pobreza, órgãos de assistência social e habitação devem ser imediatamente acionados, bem como a rede familiar extensa e comunitária em relação às mulheres/mães, a partir das indicações que elas apontam como sendo seguras e significativas. (p.16)

Portanto, nos casos em que está sendo discutida entre profissionais a possibilidade de acionamento do Poder Judiciário para que determinada criança seja afastada do convívio de sua genitora e demais familiares a partir de seu encaminhamento ao acolhimento institucional, deve-se levar em consideração se aquela determinada família teve oportunidade de acesso às mais diversas estratégias para exercer o cuidado conjunto daquela criança. Esse apoio pode vir tanto de familiares como de redes de apoio e proteção e de políticas públicas.

É infundado que o recém-nascido seja retirado de sua família sem que haja o envolvimento prévio dos serviços e equipamentos socioassistenciais próximos à residência familiar. Nesses casos, tal envolvimento é essencial para que outras soluções sejam alcançadas sem que uma intervenção tão grave no núcleo familiar, como a de aplicação de medida de proteção de acolhimento institucional, seja realizada. Essa questão será melhor elucidada a seguir, a partir da apresentação de medidas de proteção mais brandas que podem ser aplicadas nessas situações.

4.6 Medidas de proteção

As medidas de proteção, conforme definidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal 8.069/1990 (Brasil, 1990), foram designadas em consonância ao princípio da proteção integral da criança e do adolescente, com vistas à salvaguarda de crianças e adolescentes que se encontrem em **situação de risco pessoal ou social**³⁷; ou seja, em casos de ameaça ou violação de direitos, tanto por ação ou omissão da sociedade, do Estado ou dos responsáveis, como em razão de conduta da própria criança ou adolescente³⁸.

No **Quadro 2** a seguir, propomos uma sistematização das medidas protetivas destinadas à criança e ao adolescente, conforme elencado pelo Art. 101, incisos I a IX e as medidas protetivas dirigidas aos pais ou responsável, conforme o Art. 129, incisos I a X do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1990).

³⁷ Ver seção 4.5 deste relatório.

³⁸ Conforme o ECA, em seu Art. 98.

Quadro 2: Medidas protetivas destinadas à criança e ao adolescente e medidas protetivas dirigidas aos pais ou responsável

MEDIDAS PROTETIVAS	
CRIANÇA E ADOLESCENTE	PAIS OU RESPONSÁVEIS
Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade	Encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família
Matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental	Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos
Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente	Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico
Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial	Encaminhamento a cursos ou programas de orientação
Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos	Obrigações de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar
Acolhimento institucional	Advertência
Inclusão em programa de acolhimento familiar	Obrigações de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado
Colocação em família substituta	Perda da guarda
-	Destituição da tutela
-	Suspensão ou destituição do poder familiar

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras com base no ECA (Brasil, 1990).

Cabe ressaltar que as medidas previstas constituem um rol meramente exemplificativo. Sendo assim, é possível que sejam aplicadas outras medidas, desde que visem ao mesmo fim: a proteção integral da criança e do adolescente³⁹, concomitantemente ao fortalecimento de seus vínculos comunitários e familiares⁴⁰. Ademais, é possível a aplicação simultânea ou cumulativa das medidas de proteção, assim como sua substituição a qualquer tempo⁴¹.

³⁹ Conforme o ECA, em seu Art. 1º.

⁴⁰ Conforme o ECA, em seu Art. 100.

⁴¹ Conforme o ECA, em seu Art. 99.

Quanto à competência para aplicação das medidas de proteção elencadas anteriormente, são atribuições do conselho tutelar as medidas de proteção elencadas nos incisos I a V do artigo 101, bem como as medidas estipuladas nos incisos I a VII, direcionadas aos pais e responsáveis. Sendo assim, é competência exclusiva do Poder Judiciário a aplicação de medidas de proteção de **acolhimento institucional**, **acolhimento familiar** e colocação em **família substituta**⁴², bem como definir perda de guarda, destituição da tutela e suspensão ou destituição do **poder familiar**⁴³.

4.7 Acolhimento institucional e familiar

Dentre as medidas protetivas previstas no ECA, encontra-se o acolhimento institucional⁴⁴. Como componente do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o acolhimento institucional ocorre em entidade devidamente cadastrada em âmbito municipal, para recebimento temporário de criança ou adolescente.

Conforme estatuído pelo ECA, o acolhimento institucional, que ocorre em casos de ameaça ou inequívoca violação de direitos da criança e do adolescente, possui caráter excepcional e provisório. Por essa razão, deve ocorrer apenas quando esgotadas e se comprovarem ineficazes a aplicação de outras medidas de proteção menos gravosas⁴⁵. Nesse sentido, o caráter provisório do acolhimento institucional⁴⁶ alinha-se ao princípio da preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar⁴⁷. No entanto, o que se tem visto na prática é que, por diversas vezes, o acolhimento institucional é aplicado como a primeira e única medida protetiva, dentre as nove possibilidades elencadas no ECA⁴⁸, o que viola sua excepcionalidade.

⁴² Ver seção 4.7 deste relatório.

⁴³ Ver seção 4.9 deste relatório.

⁴⁴ Conforme o ECA, em seu Art. 101, inciso VII.

⁴⁵ Conforme o ECA, em seu Art. 101.

⁴⁶ Conforme o ECA, em seu Art. 19, § 2º.

⁴⁷ Conforme o ECA, em seu Art. 92, inciso I.

⁴⁸ Conforme o ECA, em seu Art. 101.

Elaborado como uma alternativa ao acolhimento institucional, o acolhimento familiar se constitui também como uma medida protetiva de caráter temporário e excepcional. Nesse caso, entretanto, em vez de encaminhada a uma instituição de acolhimento, a criança ou adolescente será recebida por uma família acolhedora que irá, provisoriamente, mantê-la sob seus cuidados até que seja definida sua situação – que pode ser tanto a reintegração à sua família de origem, quanto, em caso de impossibilidade desta, sua colocação **em família substituta**^{49,50}.

Desde as alterações realizadas no ECA, promovidas pela Lei Nacional de Adoção, a Lei Federal 12.010/2009 (Brasil, 2009), o acolhimento familiar possui prioridade frente ao acolhimento institucional⁵¹. Nesse contexto, o convívio da criança ou do adolescente com seus pais e parentes deve ser mantido durante o período do acolhimento familiar, salvo decisão judiciária em sentido contrário, tendo em vista que a prioridade é, sempre, a reintegração da criança ou adolescente à família de origem⁵².

4.8 Família substituta e família adotiva

De acordo com o ECA⁵³, a família natural é aquela formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes. A família substituta, por sua vez, é aquela que difere da família natural e que, em situações excepcionais, nas quais a criança é separada provisória ou definitivamente dos genitores, fica encarregada de suprir os deveres relativos à paternidade e à maternidade (Maciel, 2010).

A colocação da criança em família substituta é entendida como medida de proteção e possui três modalidades previstas: guarda, tutela ou adoção⁵⁴.

⁴⁹ Conforme o ECA, no Art. 19 e no Art. 101, § 1º.

⁵⁰ Ver [seção 4.7](#) deste relatório.

⁵¹ Conforme o ECA, em seu Art. 34, §1º.

⁵² Conforme o ECA, em seu Art. 92, § 4º.

⁵³ Conforme o ECA, em seu Art. 25.

⁵⁴ Conforme o ECA, em seu Art. 28.

Em qualquer uma dessas modalidades, o ambiente familiar deve ser propício ao desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social da criança, em condições de liberdade e dignidade⁵⁵.

Com a guarda, o detentor assume o compromisso de prestar toda a assistência à criança e tem o direito de opor-se a terceiros no que tange à guarda de fato da criança ou do adolescente. Aqui, a guarda coexiste com poder familiar, ou seja, os genitores não tiveram o seu poder familiar destituído ou suspenso. O que existe é a mudança do encargo da guarda e da responsabilidade pela detenção de fato da criança, que não é mais realizada pelos genitores, mas sim por terceiros (Maciel, 2010).

Na tutela, confere-se a um terceiro um conjunto de poderes e encargos para que zele tanto pela pessoa menor de 18 anos de idade e que se encontra fora do poder familiar, como também pelos seus bens (Maciel, 2010). Diferentemente de como ocorre na guarda, a tutela é medida de proteção que exige como pressuposto a extinção do poder familiar, pela morte (física ou ficta/presumida) dos genitores ou pela prévia decretação de destituição realizada em procedimento que observe o princípio do contraditório⁵⁶.

Por fim, a adoção é medida em que há a inserção da criança ou do adolescente no seio de um novo núcleo familiar, enquanto os institutos da guarda e da tutela limitam-se a conceder ao responsável apenas alguns dos atributos do poder familiar (Maciel, 2010). A família adotiva exerce, portanto, todos os poderes e deveres relativos ao poder familiar. Para que isso seja possível, no entanto, é preciso que a família natural tenha sido destituída de seu poder familiar em relação àquela determinada criança ou adolescente.

⁵⁵ Conforme o ECA, em seu Art. 3.

⁵⁶ Conforme o Código Civil, em seu Art. 1.728.

4.9 Poder familiar e guarda

O poder familiar consiste em um composto de direitos e obrigações, quanto à pessoa e bens do filho menor não emancipado, exercido em igualdade de condições por ambos os pais, para que possam exercer os encargos que a norma jurídica lhes impõe, tendo em vista o interesse e a proteção dos filhos (Diniz, 2012).

No que tange à legislação vigente, o Código Civil determina que o poder familiar, dotado de caráter personalíssimo, consiste em instituto jurídico por meio do qual se estabelecem direitos e obrigações entre pais e filhos menores de 18 anos não emancipados, seja por vínculo natural, biológico, adotivo ou pelo reconhecimento espontâneo⁵⁷. Ainda de acordo com Código Civil⁵⁸, o poder familiar abrange as funções quanto aos filhos de: dirigir-lhes a criação e a educação; exercer a guarda unilateral ou compartilhada⁵⁹; conceder-lhes ou negar-lhes consentimento para casarem; conceder-lhes ou negar-lhes consentimento para mudarem sua residência permanente para outro Município; representá-los judicial e extrajudicialmente até os 16 (dezesesseis) anos, nos atos da vida civil, e assisti-los, após essa idade, nos atos em que forem partes, suprindo-lhes o consentimento; reclamá-los de quem legalmente os detenha e exigir que lhes prestem obediência, respeito e os serviços próprios de sua idade e condição.

Salientamos que a perda ou extinção do poder familiar ocorre apenas em determinadas hipóteses⁶⁰, estando limitadas, portanto, à decisão judicial que a determina; quando há adoção; emancipação; quando a maioria é atingida pelos adolescentes ou morte dos pais ou do filho. Nas hipóteses de decisão judicial, deve-se atentar para as condições elencadas⁶¹ como imprescindíveis à devida fundamentação de eventual perda ou extinção do poder familiar, tendo em vista seu caráter excepcional – como última das medidas protetivas aplicáveis aos pais, como previsto no ECA⁶².

⁵⁷ Conforme o Código Civil, Capítulo V, Seções I, II e III.

⁵⁸ Conforme o Código Civil, em seu Art. 1.634, incisos I a IX.

⁵⁹ Conforme o Código Civil, Art. 1.584.

⁶⁰ Conforme o Código Civil, Art. 1.635.

⁶¹ Conforme o Código Civil, Art. 1.638.

⁶² Conforme o ECA, em seu Art. 129.

O exercício da guarda, unilateral ou compartilhada, é uma das prerrogativas do exercício do poder familiar, não sendo, portanto, sinônimo deste⁶³. Conforme estatuído pelo ECA, a guarda é como um conjunto de direitos e deveres que “obriga a prestação de assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo a seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive aos pais”⁶⁴. Nesse sentido, a guarda poderá ser deferida, excepcionalmente, fora de casos de tutela e adoção, ou seja, há casos em que a guarda da criança ou adolescente pode ser deferida a outrem, ainda que a família de origem não tenha perdido o poder familiar⁶⁵.

⁶³ Conforme o Código Civil, em seu Art. 1.634, inciso II.

⁶⁴ Conforme o ECA, em seu Art. 33.

⁶⁵ Conforme o ECA, em seu Art. 33, § 2º.

Apresentaremos os resultados da pesquisa e algumas análises a partir dos referenciais detalhados anteriormente. Iniciaremos com os resultados da primeira frente de trabalho, que buscou analisar os processos de Medida de Proteção e, na sequência, apresentaremos os resultados obtidos por meio das entrevistas.

A | ANÁLISE DOS PROCESSOS DE MEDIDA DE PROTEÇÃO

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para que ocorra a aplicação de medidas de proteção a crianças e adolescentes que implicam afastamento de sua família de origem pelo Poder Judiciário, é necessário um processo judicial, denominado Medida de Proteção⁶⁶, que, no caso da comarca de Belo Horizonte, tramita na Vara Cível da Infância e Juventude (VCIJ-BH).

Ocorre que parte da literatura⁶⁷ relacionada à área da infância e juventude no Brasil compreende que estes processos não apresentam natureza judicial, nem mesmo administrativa, se conformando como “medidas judicialiformes” (Souza, 2014). Em razão disso, apresentariam peculiaridades em relação ao seu trâmite, podendo ser instaurados espontaneamente pelo juízo (de ofício), em contraste com o ajuizamento de ações, que, em geral, se iniciam com a provocação formal do juízo por uma das partes por meio de petição inicial, na qual são expostos os fatos e fundamentos que embasam determinado pedido.

⁶⁶ Como este processo apresenta diversas denominações, que são aplicadas indistintamente pela própria VCIJ-BH, optamos por utilizar “processo judicial de Medida de Proteção”, titulação alinhada com o posicionamento doutrinário adotado neste trabalho. Outras denominações utilizadas pela própria VCIJ-BH às quais tivemos acesso a partir de envio de ofício via DPMG são: Execução de Medida de Proteção; “Pedido de Medida de Proteção”; “Execução de Medida de Proteção à Criança e Adolescente”; “Providência - Lei 8069/90, art. 153”.

⁶⁷ Para melhor compreensão acerca das divergências existentes na literatura especializada, que culmina na aplicação de procedimentos diversos em relação a medidas protetivas aplicadas a crianças e adolescentes, consultar Daniele Nesrala (2019).

Com base nessa literatura, portanto, a instauração de medidas de proteção se dá não a partir do ajuizamento formal de ação por uma das partes identificada no processo, mas tão somente a partir do envio ao juízo de “relatórios” ou “pedido de providências”, por parte de qualquer integrante do Sistema de Garantias de Direito da Criança e do Adolescente (SGD), como o conselho tutelar (Digiácomo, 2014), solicitando o direto encaminhamento da criança à unidade de acolhimento institucional, comumente denominada “abrigo”.

Além de serem instaurados a partir de iniciativa oficial do juízo, sem qualquer petição inicial que delimite fatos e fundamentos, não há prolação de sentença⁶⁸, tornando as decisões finais nestes processos praticamente irrecorríveis (Sanches, 2014); não são produzidas provas sob o crivo do contraditório, e não é realizado o devido saneamento processual (Nesrala, 2019); além de não ser realizada a devida citação dos genitores para providenciar defesa técnica qualificada, a ponto de sequer serem comunicados acerca da existência da Medida de Proteção (Drummond, 2018).

Em favor deste entendimento se posiciona a VCIJ-BH, segundo a qual a inobservância ao contraditório e à ampla defesa na Medida de Proteção não causaria qualquer prejuízo às partes, porque consistiria em medida teoricamente temporária e tais fatores viriam a ser levados em consideração em outro procedimento: a ação de destituição do poder familiar dos genitores, enquanto procedimento posterior à Medida de Proteção, que é requisito para o encaminhamento de uma criança à família substituta com vistas à adoção. Para exemplificar esta posição do juízo, reproduzimos a seguir um trecho extraído de decisão judicial proferida em 2016:

Não obstante as afirmações, necessário considerar que não há o que se falar em ausência de contraditório e ampla defesa no procedimento de providência/ medidas de proteção, uma vez que todos os documentos juntados na ação de destituição do poder familiar são devidamente submetidos contraditório e a ampla defesa. (Pesquisa documental, 2021)

⁶⁸ Por essa razão, na análise apresentada a seguir descreveremos “decisão que conclui o processo”, quando não for prolatada sentença em alguns dos processos analisados.

Assim, a VCIJ-BH dispõe, nesta decisão, que a observância ao contraditório e à ampla defesa nas ações de destituição do poder familiar supre a violação a estes princípios em sede de Medida de Proteção, ainda que essas sejam comumente ajuizadas após a instauração da Medida de Proteção, como pressuposto para o encaminhamento de uma criança à adoção.

Diante deste cenário, adotamos a compreensão de outra parte da literatura especializada, segundo a qual o processo de Medida de Proteção apresenta natureza judicial e, por isso, deve vir acompanhada de todas as prerrogativas e garantias asseguradas a este tipo de procedimento. Isso porque, o afastamento da criança do convívio de sua família de origem a partir da aplicação de uma medida de proteção gravosa como o acolhimento institucional gera consequências extremamente significativas (e, por vezes, irreversíveis) na vida da criança e de sua família. Assim, é essencial que seja garantido o direito ao contraditório e a ampla defesa aos genitores e demais familiares que tenham interesse em exercer a guarda da criança, para que possam se manifestar quanto aos cuidados desvelados em relação à criança e, se for o caso, evidenciar que esta não se encontra em situação de risco.

Além disso, esta perspectiva se encontra alinhada com o princípio da prevalência da família de origem, previsto no ECA, segundo o qual o afastamento da criança de sua família é medida de caráter excepcional e temporário, que deve ser utilizável como forma de transição para reintegração familiar⁶⁹. O ECA ainda dispõe de forma expressa que este afastamento da criança de seu convívio familiar deverá deflagrar, a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, procedimento judicial contencioso, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa^{70,71}.

⁶⁹ Conforme o ECA, no Art. 100, X e no Art. 101, § 1º.

⁷⁰ Conforme o ECA, em seu Art. 101, § 2º.

⁷¹ Quanto ao rito processual que deve ser empregado para definir o trâmite estes processos, o ECA não prevê rito especial, de modo que a interpretação de seu artigo 152, cumulada com os artigos 318 e 1.049 do Código de Processo Civil, delimita que seja adotado o procedimento de jurisdição contenciosa de rito comum. Para maior aprofundamento acerca dos ritos processuais empregados na Medida de Proteção, consultar Nesrala (2019).

Por isso, faremos uma análise crítica do posicionamento adotado pela VCIJ-BH, já que o estudo acerca do procedimento a ser aplicado em relação ao trâmite da Medida de Proteção não se trata de mera formalidade. Trata-se, na verdade, de investigação que nos possibilita compreender em que medida um instrumento processual provoca ou não violações a garantias processuais mínimas, dificultando ou inviabilizando, por consequência, o exercício do direito à convivência familiar e comunitária de crianças e o direito à maternidade de suas respectivas genitoras.

Considerando a contextualização realizada e os eixos orientadores anteriormente descritos, apresentaremos a seguir a análise dos processos judiciais de Medida de Proteção. Conforme mencionamos anteriormente, esta análise foi realizada a partir do uso de estratégias metodológicas de cunho quanti e qualitativo, com vistas à análise de 40 processos de Medida de Proteção que tramitam na Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte (VCIJ-BH), objetivando compreender o fenômeno da retirada compulsória ou arbitrária de bebês na cidade.

Para tanto, trabalhamos com o recorte de análise dos processos que foram instaurados entre os anos de 2013 e 2019⁷², que tratavam da aplicação de medida de proteção de acolhimento institucional ou familiar a crianças de 0 a 12 meses, e que já haviam sido finalizados⁷³. O espaço amostral de 40 processos foi definido a partir de banco de dados construído pela própria DEDICA Cível-BH/DPMG, no qual foram registrados todos os processos judiciais acompanhados pelo órgão a partir dos atendimentos realizados ao longo dos anos delimitados para análise nesta pesquisa. O acesso ao conteúdo integral desses processos, que usualmente tramitam em segredo de justiça por envolver crianças e adolescentes, se tornou possível em razão do já mencionado Termo de Cooperação firmado com a DEDICA Cível-BH/DPMG.

⁷² Foi incorporado na análise o ano de 2013, ano anterior à publicação das Recomendações nº 5 e nº 6 da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte, e seus anos subsequentes até 2019, anos seguintes à edição da Portaria nº 3 da VCIJ-BH de 2016.

⁷³ Processos arquivados ou em fase de arquivamento até a data de sua análise nesta pesquisa.

Em relação à análise quantitativa, foi produzido um roteiro de análise documental⁷⁴ que apresenta a estrutura de um formulário composto por perguntas objetivas relacionadas tanto ao aspecto material desses processos, como o conteúdo das decisões proferidas pela VCIJ-BH, quanto ao aspecto formal, que diz respeito à observância das normas procedimentais e garantias processuais de familiares, representados nesses processos por defensoras(es) públicos, em sua maioria. A aplicação desse roteiro se deu através do uso da já mencionada plataforma *KoBoToolbox*.

A partir deste roteiro, procuramos investigar o afastamento de crianças de sua família de origem ocasionados por decisões judiciais que determinam seu encaminhamento ao acolhimento institucional, principalmente, a partir da avaliação de: quando e de que modo a VCIJ-BH é acionada por integrantes do Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescentes (SGD); como se dá o trâmite desses processos, em relação à citação e intimação de genitores; se e como as vulnerabilidades dos núcleos familiares envolvidos nesses processos são usadas como fundamentação da decisão de acolhimento institucional ou familiar da criança; para, por fim, compreender se e como a VCIJ-BH dificultava ou viabilizava o efetivo exercício do direito à convivência familiar e comunitária de crianças, e, consequentemente, de direitos reprodutivos de gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade social, em especial seu direito ao exercício da maternidade.

Com a aplicação desse roteiro, foi construído banco de dados, que foram analisados por frequência e serão apresentados na forma de gráficos e tabelas. Procurando entender de forma mais detalhada as dimensões das violações estudadas e a forma como elas operam, foi realizada análise de conteúdo para a seleção e análise de trechos de decisões e relatórios produzidos no âmbito desses processos.

⁷⁴ A elaboração do roteiro de análise documental foi conduzida pela própria equipe de pesquisa e se tornou possível em razão do conhecimento acerca do trâmite processual regular desses processos de medidas de proteção, fruto dos acúmulos advindos das atividades extensionistas desenvolvidas pelo programa de pesquisa e extensão, Clínica de Direitos Humanos da UFMG. Diante disso, esse documento foi construído com base na percepção cronológica das etapas, ainda que extremamente variáveis, desse processo judicial.

A análise de conteúdo se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise, inclusive de documentos, como processos judiciais, que visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, indicadores (Bardin, 2011), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destes processos, como de seu emissor, o contexto em que se encontram inseridos e o efeito gerado por esses documentos.

Assim, os 40 processos judiciais de Medida de Proteção selecionados foram objeto de codificação, a partir da aplicação de indicadores. A partir deles, foi possível classificar, qualificar e registrar partes do conteúdo destes processos, para, em seguida, agrupá-las em categorias, com vistas a descrever o fenômeno da separação compulsória de bebês de sua família de origem sob a perspectiva dos processos judiciais que determinam este afastamento, conforme veremos.

A.1 Problemas no trâmite dos processos

A.1.1 A instauração do processo de Medida de Proteção na VCIJ-BH

A petição inicial é peça essencial em qualquer processo judicial, pois é por meio desse documento que a parte autora da ação delimita os fatos e fundamentos jurídicos que sustentam os pedidos que serão requeridos e posteriormente apreciados e deferidos ou indeferidos pelo juízo, em decisão final de mérito.

Dos 40 processos de Medida de Proteção analisados, apenas 3 (três) possuíam petição inicial apresentada pela 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. Os demais foram distribuídos de ofício, após a VCIJ-BH ter sido comunicada⁷⁵ sobre a suposta situação de risco em que se encontrava determinada criança. Nesses casos, os processos são iniciados com

⁷⁵ Dentre as instituições e pessoas mais prováveis de efetivar essa comunicação, nos processos analisados, cita-se: Polícia Civil, Polícia Militar, maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, centros de saúde de Belo Horizonte, conselhos tutelares de Belo Horizonte, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/CERSAM), Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Consultórios de Rua, Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade (EMAP-GPV), unidades de atendimento de medida socioeducativa, institutos educacionais de ensino fundamental e médio, Escolas Municipais de Educação Infantil (UMEI/EMEI), Disque 100.

meros relatórios sociais ou descrições de denúncias referentes ao núcleo familiar de origem da criança. Assim, o juiz ou a juíza acaba por prestar tutela jurisdicional sem o requerimento de qualquer parte, dando início por conta própria a demanda que lhe caberia apenas julgar com independência e imparcialidade, nos termos do que prevê o princípio da inércia processual ou de jurisdição⁷⁶.

Dessa forma, os papéis entre juiz e parte interessada se confundem, violando, por consequência, princípios básicos do direito processual civil, que também se aplicam a processos de Medida de Proteção, em razão da previsão do ECA⁷⁷. Ademais, a instauração de ofício pela autoridade judiciária destes processos, a partir de sua própria iniciativa oficial, também viola a excepcionalidade do afastamento da criança de seu convívio familiar⁷⁸.

A.1.2 Formas de acionamento da VCIJ-BH

Os 37 processos que foram distribuídos de ofício tiveram a instauração subsidiada por informações sobre o estado da criança considerada em situação de risco, que foram encaminhadas ao juízo por instituições locais.

Como é possível observar no **Gráfico 1** a seguir, em 27 desses casos, a comunicação foi feita por maternidades públicas de Belo Horizonte. Essa maioria pode ser explicada tanto pela delimitação etária dos casos analisados, todos de crianças de até um ano de idade, como pelas normativas instituídas no município, quais sejam, as Recomendações nº 5 e nº 6 da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte e a Portaria nº 3 publicada pela VCIJ-BH, mencionadas anteriormente neste relatório, que determinavam que instituições, serviços e equipamentos da rede pública de saúde, em especial Unidades Básicas de Saúde e maternidades, deveriam realizar o direto

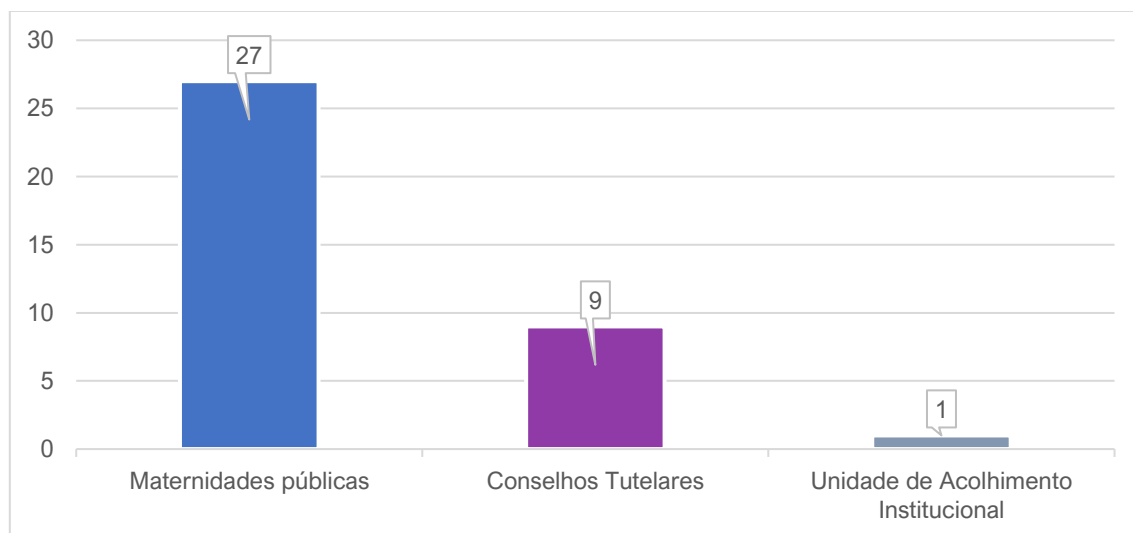
⁷⁶ Conforme o Código de Processo Civil, em seu Art. 2º. O processo começa por iniciativa da parte e se desenvolve por impulso oficial, salvo as exceções previstas em lei.

⁷⁷ Conforme o ECA, em seu Art. 152. Aos procedimentos regulados nesta Lei aplicam-se subsidiariamente as normas gerais previstas na legislação processual pertinente.

⁷⁸ Conforme o ECA, no Art. 101, § 2º e no Art. 153, parágrafo único.

encaminhamento de crianças à própria VCIJ-BH, quando fosse constatada suposta situação de vulnerabilidade social nestes casos.

Gráfico 1: Órgão ou entidade de Belo Horizonte que acionou a VCIJ-BH em Medidas de Proteção instauradas de ofício



Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Dos demais processos, 9 (nove) tiveram as comunicações advindas de conselhos tutelares, que são os órgãos encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, conforme previsão do ECA⁷⁹. Em apenas 1 (um) dos processos analisados a VCIJ-BH foi acionada por uma unidade de acolhimento institucional, por se tratar de situação excepcional em que a própria mãe do bebê pediu ajuda à entidade, já que aquela era sua referência institucional de cuidado, pois havia sido acolhida naquele local quando adolescente.

Dentre os processos que se iniciaram com relatórios ou comunicados de maternidades públicas (27), o hospital com maior número de encaminhamentos de casos à VCIJ-BH foi a Maternidade Odete Valadares (9), seguida pelo Hospital Metropolitano Odilon Behrens (5) e pelo Hospital Júlia Kubitschek (4). Os Hospitais Sofia Feldman, das Clínicas da UFMG e o Santa Casa de Belo Horizonte tiveram 3 (três) ocorrências cada, de modo que apenas o Hospital Universitário Risoleta

⁷⁹ Conforme o ECA, em seu Art. 131.

Tolentino Neves não apresentou comunicações dentre os casos analisados. Esses dados estão descritos na **Tabela 1** a seguir:

Tabela 1: Maternidades públicas de Belo Horizonte que acionaram a VCIJ-BH em Medidas de Proteção instauradas de ofício

Instituição	Frequência
Maternidade Odete Valadares	9
Hospital Metropolitano Odilon Behrens	5
Hospital Júlia Kubitschek	4
Hospital Sofia Feldman	3
Hospital das Clínicas da UFMG	3
Santa Casa de Belo Horizonte	3

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Além das 7 (sete) maternidades públicas mencionadas, Belo Horizonte também conta com 7 (sete) maternidades privadas⁸⁰. Dentre os processos analisados, identificamos que nenhuma destas comunicou situação entendida como de risco ou de violação do direito das crianças, o que sinaliza a diferença de tratamento da questão por instituições públicas e privadas. Nesse sentido, lembramos que as normativas do MPMG e VCIJ-BH mencionadas anteriormente, que definiram diretrizes de encaminhamento de casos à VCIJ-BH, se direcionavam apenas às maternidades públicas.

Corroborar esse fato a análise das respostas ao ofício que a DEDICA Cível-BH/DPMG encaminhou a todas as maternidades em 2019, em que diversos questionamentos eram feitos para melhor compreensão de qual fluxo as maternidades seguiam no caso de atendimento às mulheres gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade social e suas crianças recém-nascidas (Borges, 2019). Das 5 (cinco) maternidades privadas que responderam, apenas 1 (uma) alegou seguir, sem grandes questionamentos, o fluxo apresentado pelas recomendações do Ministério Público de Minas Gerais (MPMG), ao passo que as

⁸⁰ Hospital Belo Horizonte, Hospital Unimed, Hospital Governador Israel Pinheiro, Hospital Mater Dei, Hospital Semper, Maternidade Santa Fé e Maternidade e Hospital Octaviano Neves.

demais 4 (quatro) maternidades privadas “afirmaram que não atendem nenhuma gestante ou puérpera que se enquadre em situação de vulnerabilidade social, em virtude do fato de não realizarem atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Borges, 2019, p.58).

É importante observar que a justificativa da maternidade em questão confunde vulnerabilidade social, supostamente vinculada com o uso do sistema público de saúde, com vulnerabilidade conceituada nos termos do ofício: situação de rua, extrema pobreza ou uso abusivo de drogas. Assim, exclui de antemão, a partir de uma perspectiva enviesada, a possibilidade de que gestantes e puérperas atendidas em suas dependências (financeiramente capazes de arcar com um serviço particular ou plano de saúde) possam se enquadrar nessas hipóteses, inclusive referente ao uso abusivo de drogas.

Portanto, fica evidente que as normativas da VCIJ-BH e do MPMG, bem como as maternidades que as seguiram, não se preocupavam necessariamente com a saúde da criança cuja mãe realizava uso prejudicial de drogas, o que pode ocorrer independentemente da condição socioeconômica à qual esta mulher estava inserida. Essa é uma das informações que nos leva a compreender, a partir dos eixos orientadores anteriormente apresentados, que as referidas normativas buscavam estabelecer intervenções junto a mulheres e a famílias pré-determinadas, em especial pobres e negras, pacientes de maior frequência nos hospitais da rede SUS⁸¹.

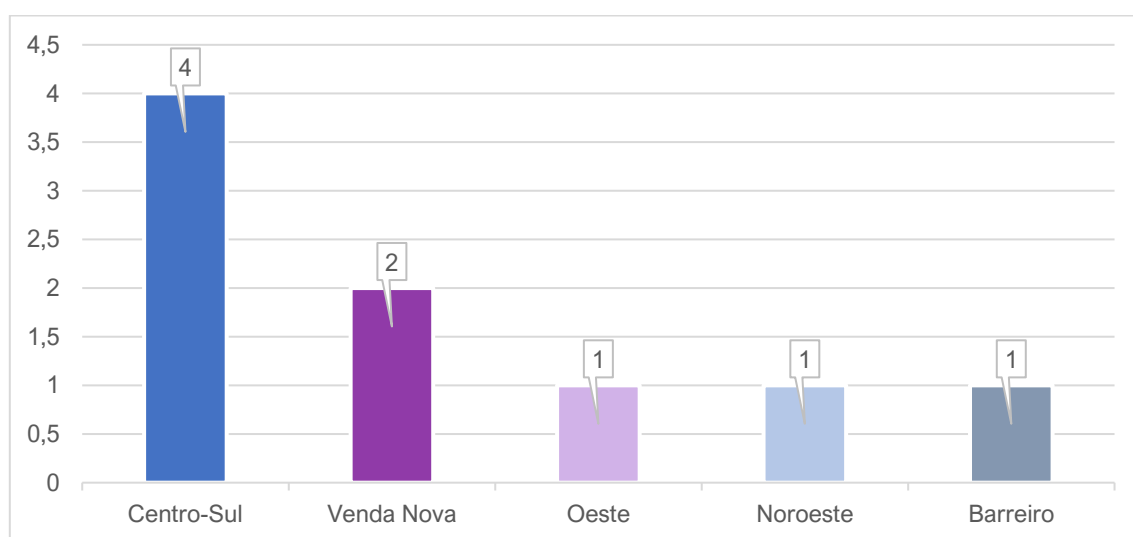
Ressaltamos que apesar dessa situação ocorrer de forma grave em Belo Horizonte, em especial diante da institucionalização dessa prática por meio das normativas mencionadas, ela não se limita ao município e revela uma discriminação baseada em raça e classe que aparece em outras regiões do país, restando

⁸¹ Conforme levantamento do IBGE de 2019, destacam-se as diferenças entre as proporções de internação em hospitais do SUS para pessoas que se declararam de cor preta (75,9%) ou parda (73,6%) em relação às pessoas que se declararam brancas (53,6%). Disparidade ainda mais expressiva é observada por classe de rendimento: 95% das pessoas internadas em hospitais do SUS estão na faixa de “sem rendimento até ¼ do salário-mínimo” e 6,8% das pessoas declararam receber “mais de 5 salários mínimos” (IBGE, 2019). Ademais, a Avaliação da Rede Cegonha, coordenada pela Fiocruz, fez um levantamento nacional sobre o perfil dos atendimentos nas maternidades conveniadas ao SUS. Foram entrevistadas 10.665 puérperas, sendo 58,5% dessas consideradas pardas, 67,9% na faixa etária de 20 a 34 anos e 26,1% com menos de 8 (oito) anos de estudo (Leal et al., 2017).

evidente, assim, seu caráter sistêmico (Cabral, Barros & Gonçalves, 2021; Felizardo, 2021; Ortiz, Hofmeister & Lisboa, 2021).

Os conselhos tutelares, por sua vez, apresentaram 9 (nove) comunicações no total, conforme mostra o **Gráfico 2** a seguir. A regional Centro-Sul foi a que registrou maior número com 4 (quatro) comunicações, seguida pela regional Venda Nova, com 2 (duas). As regionais Noroeste, Oeste e Barreiro fizeram apenas 1 (uma) comunicação cada. As demais, quais sejam, Leste, Nordeste, Norte e Pampulha, não apresentaram quaisquer comunicações que subsidiaram a instauração dos processos analisados.

Gráfico 2: Conselhos tutelares de Belo Horizonte que acionaram a VCIJ-BH em Medidas de Proteção instauradas de ofício



Fonte: Pesquisa documental, 2021.

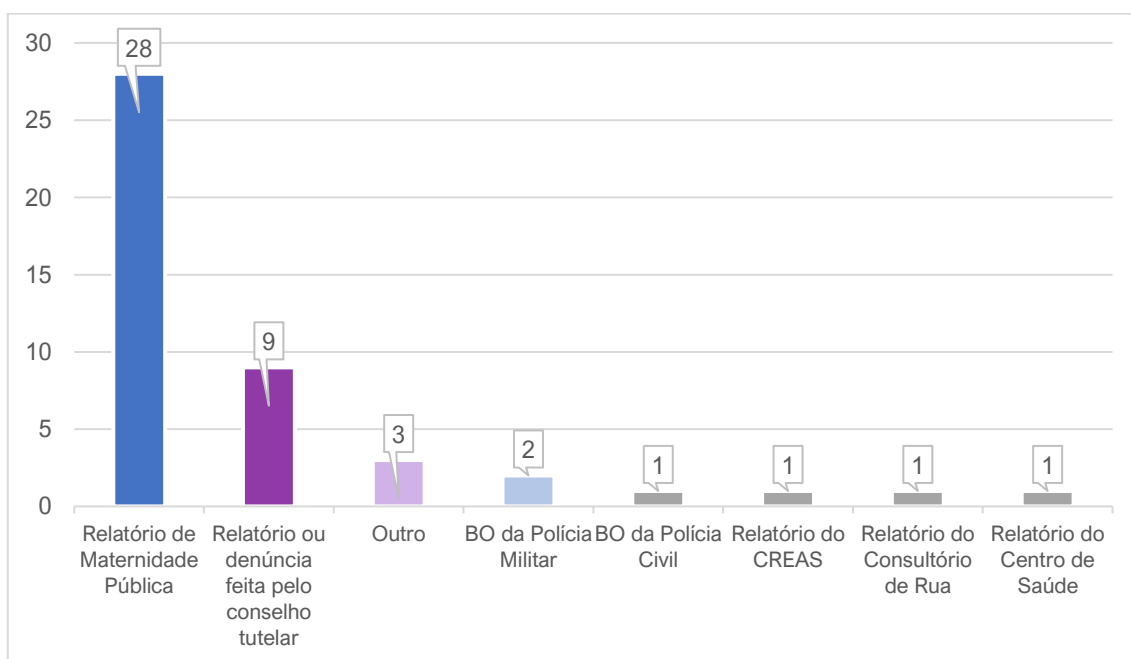
Destacamos que o número mais elevado em relação à regional Centro-Sul pode se dar em razão de o plantão centralizado do conselho tutelar se localizar nesta regional, além de funcionar das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira e 24h aos finais de semana, diferentemente dos conselhos tutelares de outras regionais do município, que atuam até às 17h⁸². Assim, em razão de sua posição central na cidade e de seus horários de funcionamento, é possível que o órgão acabe se

⁸² Para mais informações sobre os conselhos tutelares em Belo Horizonte, o [site da PBH](#) pode ser consultado.

tornando uma das referências importantes a serem acionadas em casos de suposta e eventual identificação de violação de direitos de crianças e adolescentes, até mesmo no período noturno e durante finais de semana.

Quanto aos documentos que acompanham os processos instaurados de ofício pela VCIJ-BH, identificamos que estes incluem relatórios, denúncias, boletins de ocorrência, dentre outros, como especificado no **Gráfico 3** a seguir.

Gráfico 3: Documentos que acompanharam as Medidas de Proteção instauradas de ofício pela VCIJ-BH



Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Dos 37 processos que não apresentaram petição inicial⁸³, 28 deles foram acompanhados por relatório produzido pelas maternidades públicas, e 9 (nove) foram subsidiados por relatório ou denúncia feita pelo conselho tutelar. Além disso, 3 (três) foram acompanhados por Boletim de Ocorrência da Polícia Militar ou da Polícia Civil.

⁸³ Ressaltamos que cada processo instaurado de ofício pode ser acompanhado de mais de um dos documentos elencados, de modo que os resultados irão ultrapassar o número 37.

Ademais, houve a apresentação de 1 (um) relatório produzido pelo Consultório de Rua, 1 (um) pelo Centro de Saúde e 1 (um) pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). A baixa frequência das comunicações à VCIJ-BH por esses serviços pode relacionar-se com a possibilidade de que tais agentes não comunicam os casos que envolvem crianças em situação de vulnerabilidade à VCIJ-BH por não ser o fluxo de atendimento à gestantes e puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social conforme instituído pela Resolução 20/2017 do Conselho Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte⁸⁴, construída de forma conjunta por este conselho e o Conselho Municipal de Saúde, órgãos de controle social em que muitos trabalhadores destes serviços e equipamentos participam de forma ativa. Esse fluxo, como vimos anteriormente, privilegia o acompanhamento em rede e a busca pelo fortalecimento da família por meio da proteção e apoio oferecidos pelos equipamentos, em detrimento do encaminhamento direto de casos de famílias em vulnerabilidade social à VCIJ-BH.

A.2 Violação à ampla defesa e ao contraditório

A.2.1 Citação de genitoras e genitores no processo de Medida de Proteção

A citação é um importante elemento instaurador do contraditório e, ao ser observada a sua ausência, todo o processo judicial se contamina, a ponto disso se conformar uma nulidade absoluta, ou seja, irreparável (Theodoro Júnior, 2019).

No caso dos processos estudados, a citação é o ato que daria ciência aos genitores e às genitoras de que um processo judicial de Medida de Proteção em relação à sua filha ou filhos foi instaurado e se encontra tramitando na VCIJ-BH, de modo a ser oportunizado a eles a possibilidade de procurar uma defesa qualificada, seja a partir da Defensoria Pública, núcleos de prática jurídica de faculdades de direito ou advogadas(os) particulares.

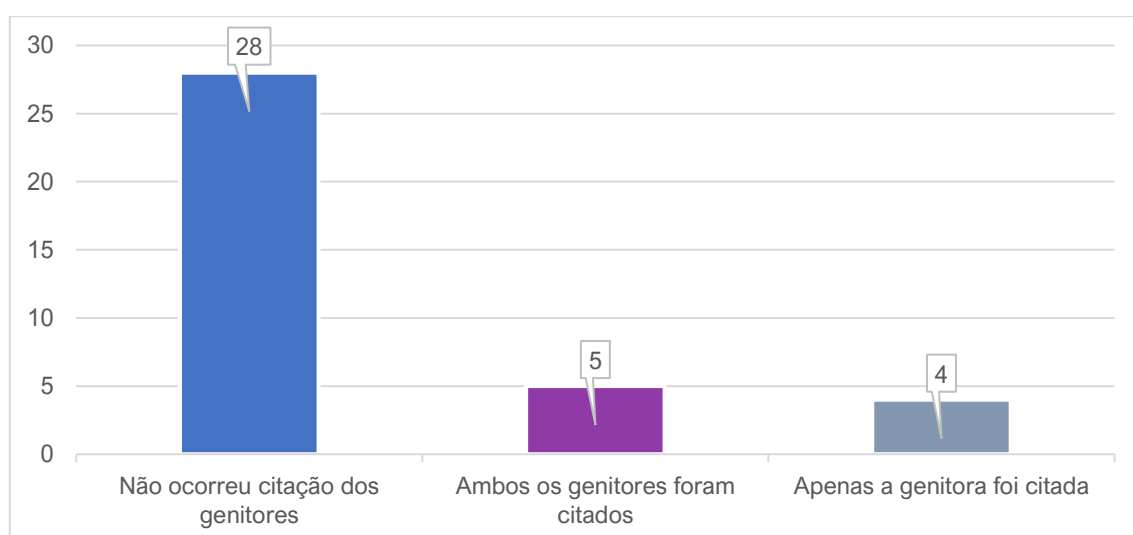
⁸⁴ Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Resolução CMAS-BH nº 020, de 13 de setembro de 2017.

Apesar disso, observamos uma negligência em relação ao exercício do contraditório e da ampla defesa por parte de genitoras e genitores, que se encontra previsto constitucionalmente, como já referido, bem como no ECA⁸⁵.

Constatamos na análise dos processos que, em 3 (três) das 40 medidas de proteção às quais tivemos acesso, não foram obtidas informações sobre as citações de genitoras e genitores. Por essa razão, trabalharemos com 37 procedimentos. Na maioria dos procedimentos não ocorreu a citação das genitoras e/ou dos genitores, sendo que em 28 dos 37 processos de Medida de Proteção analisados não foi realizado o ato da citação em relação a nenhum deles.

Essas informações estão disponíveis no **Gráfico 4** a seguir.

Gráfico 4: Citação de genitoras e genitores nos processos de Medida de Proteção



Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Entre os 9 (nove) processos nos quais foi promovida a citação de forma regular, em 5 (cinco) deles ambos os genitores foram citados, e nos outros 4 (quatro) apenas a genitora foi citada. Quanto ao momento do trâmite processual em que cada um dos genitores foi citado, 8 (oito) das 9 (nove) genitoras foram citadas após a primeira decisão judicial, e a única restante foi citada em outro

⁸⁵ Conforme o ECA, em seu Art. 101, §2º.

momento do processo. Em relação aos genitores, 4 (quatro) deles foram citados após a primeira decisão judicial e apenas 1 (um) foi citado posteriormente.

A.2.2 Intimação ou notificação judicial de genitoras e genitores acerca da decisão de acolhimento institucional

A intimação é o ato a partir do qual se dá ciência a alguém dos atos e dos termos de um processo⁸⁶, o que teria por objetivo, no presente caso, informar aos genitores e/ou às genitoras acerca da decisão de acolhimento de sua criança. A intimação, em especial quando objetiva dar ciência de decisões, é essencial para que a parte não apenas tome conhecimento do que está acontecendo em um processo que a envolve, mas também tenha a possibilidade de utilizar todos os mecanismos e instrumentos legalmente previstos no ordenamento jurídico para se defender e até mesmo interpor recurso frente à decisão então proferida pelo juízo. A intimação, portanto, garante a efetividade do princípio do devido processo legal, bem como do princípio do contraditório e ampla defesa⁸⁷.

A.2.2.1 Intimação ou notificação judicial da genitora

Apesar da imprescindibilidade da intimação, especialmente diante de uma decisão como a dos casos analisados de acolhimento institucional ou familiar de uma criança, que implica seu afastamento do núcleo familiar de origem, na maioria dos casos a genitora não foi regularmente intimada.

Das 40 medidas de proteção às quais tivemos acesso, em 37 delas foi proferida decisão que determinou o acolhimento institucional da criança. Por essa razão, trabalharemos novamente com 37 procedimentos.

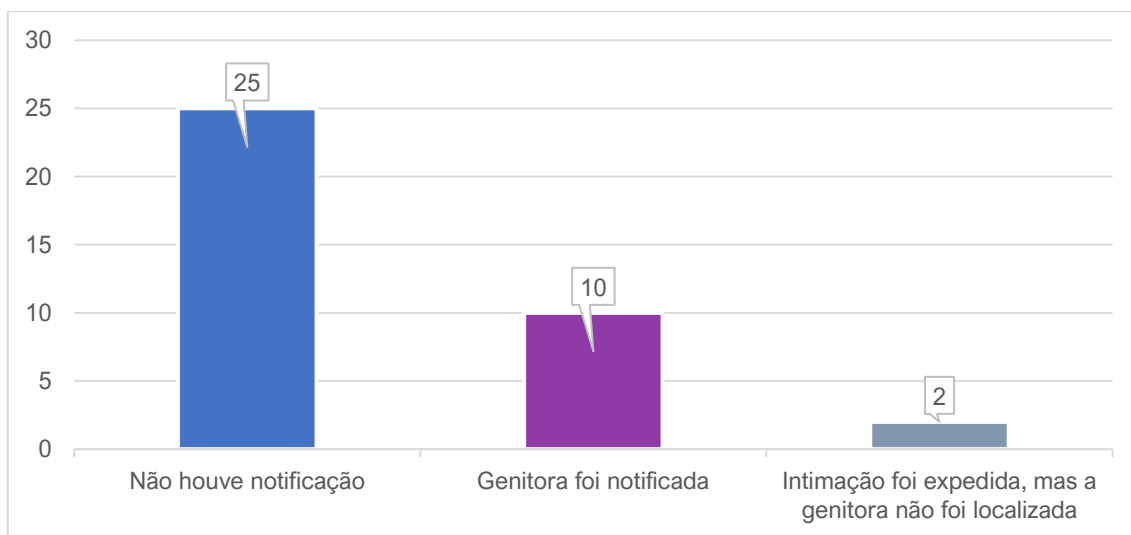
Conforme é possível observar no **Gráfico 5** a seguir, dessas 37 decisões, apenas em 10 (dez) as genitoras foram devidamente notificadas sobre a situação, ao passo que em 25 as intimações não foram expedidas e em 2 (duas) as

⁸⁶ Conforme o Código de Processo Civil, em seu Art. 269.

⁸⁷ Conforme a Constituição Federal de 1988, nos termos dos incisos LIV e LV do Art. 5º.

intimações foram expedidas, mas as genitoras não foram encontradas. Sendo assim, referida situação revela explícita violação ao direito ao devido processo legal dessas genitoras.

Gráfico 5: Intimação ou notificação judicial da genitora nos processos de Medida de Proteção

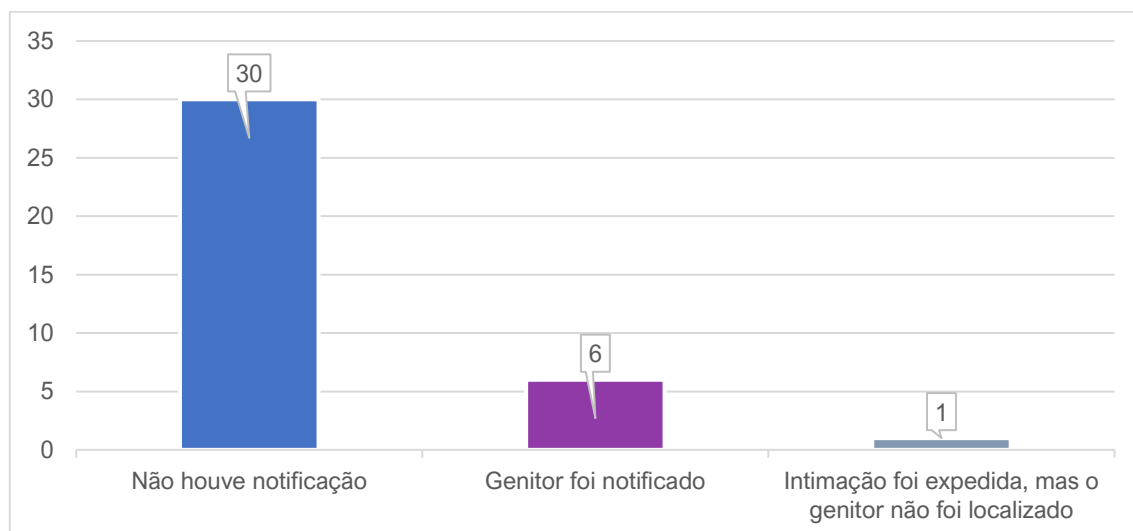


Fonte: Pesquisa documental, 2021.

A.2.2.2 Intimação ou notificação judicial do genitor

De modo ainda mais gravoso, dos 37 processos que apresentaram decisão judicial de acolhimento institucional, em 30 o genitor não foi intimado para tomar ciência da decisão e em apenas 1 (um) caso houve tentativa de notificação.

Conforme o **Gráfico 6 a seguir** explicita, em apenas 6 (seis) casos os direitos ao contraditório e à ampla defesa dos genitores não foram violados, ante à regular intimação deles acerca da decisão em pauta.

Gráfico 6: Intimação ou notificação judicial do genitor nos processos de Medida de Proteção

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Quanto à diferença em relação às intimações de genitoras e genitores, pode-se cogitar duas hipóteses, que são, em verdade, interpretações complementares. A primeira delas está no fato de que parte das famílias abrangidas pelos processos eram monoparentais, seja porque se desconhecia quem era o genitor, seja porque ele não assumia responsabilidades perante seus filhos e suas filhas. A segunda se refere à própria percepção do judiciário acerca da responsabilidade pelo cuidado das crianças, que geralmente é atribuída à mulher e não ao homem, razão pela qual também se percebe que as justificativas pelo acolhimento se concentram muito mais nas genitoras e do que nos genitores.

A.3 A decisão que determina o acolhimento institucional e sua fundamentação baseada em critérios discriminatórios

As seções a seguir se referem à análise do conteúdo das decisões que determinaram o acolhimento institucional de crianças recém-nascidas. O objetivo principal das questões apresentadas neste bloco foi compreender se as referidas decisões foram fundamentadas de acordo com as previsões estabelecidas pelo ECA e, em caso negativo, compreender quais foram os fundamentos apresentados

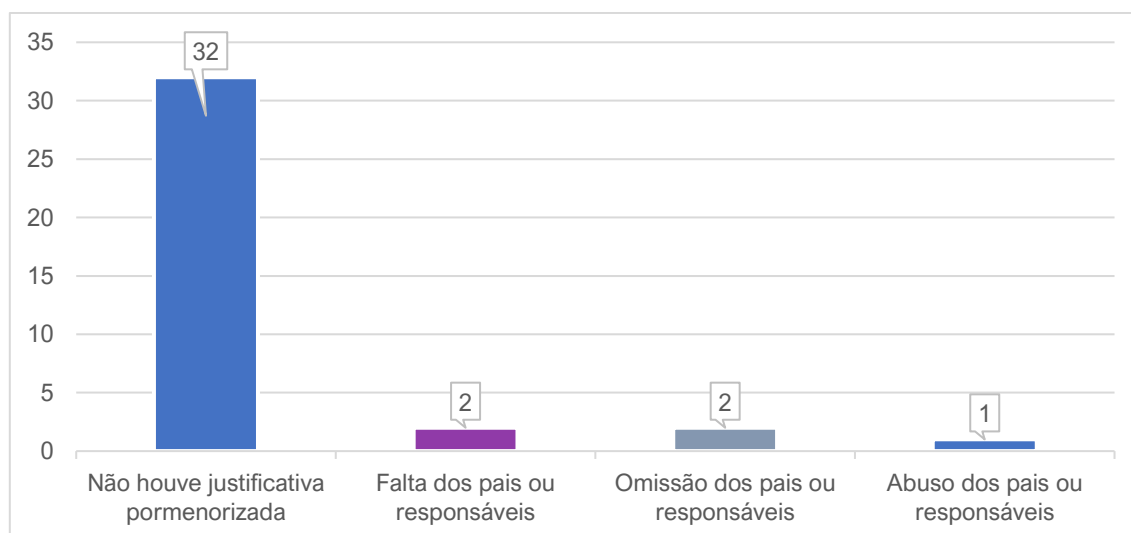
pelo juízo para determinar tal medida, como o uso de critérios discriminatórios relacionados às genitoras e aos genitores dessas crianças.

A.3.1 A inobservância às hipóteses do artigo 98 do ECA

De acordo com o ECA, a aplicação de medidas de proteção a crianças, como o acolhimento institucional (art. 101, VII), deve ocorrer quando verificada qualquer das hipóteses previstas no artigo 98, ou seja, quando os direitos das crianças e adolescentes forem ameaçados ou violados “por ação ou omissão da sociedade ou do Estado”, “por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável” ou ainda em razão da conduta da criança ou do adolescente.

Nos processos analisados, a decisão que determina a aplicação da medida de acolhimento institucional se dá especialmente a partir da análise dos cuidados dispensados à criança pela família. Por essa razão, referida decisão deve se fundamentar nas situações reiteradas de falta, omissão ou abuso por parte dos pais ou responsáveis, como disposto no inciso II do artigo 98 do ECA.

Gráfico 7: A decisão judicial de acolhimento institucional e a ausência de fundamentação baseada em falta, omissão e abuso (artigo 98 do ECA)



Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Conforme o **Gráfico 7**, dos 37 processos em que foi proferida decisão de encaminhamento da criança ao acolhimento institucional, apenas 5 (cinco) apresentaram justificativa pormenorizada para a determinação do acolhimento o fundamento legal: 2 (dois) por falta, 2 (dois) por omissão e 1 (um) por abuso de caráter físico por parte de responsáveis e genitores.

Para essa análise, foi considerada “falta” a situação em que genitores ou responsáveis se encontram efetivamente ausentes, seja pelo falecimento, por serem desconhecidos ou estarem em local incerto ou não sabido; enquanto o “abuso” se refere ao exercício impróprio e imoderado do poder familiar, como é o caso dos maus-tratos e do abuso físico, psicológico ou sexual (Maciel, 2010). A “omissão”, por sua vez, se relaciona à prática irregular das atribuições de cuidado, passível de ser identificada quando há possibilidades e oportunidades para atender as necessidades essenciais da criança, mas os responsáveis ou genitores não o fazem ou fazem de forma descontinuada.

Em relação à omissão, é essencial pontuar que o julgamento acerca do cuidado realizado por famílias deve ser feito partindo-se da concepção de que o dever de cuidado frente à criança não deve recair única e exclusivamente sob os genitores, de maneira descontextualizada e isolada em relação às obrigações do Estado, sob pena de se inviabilizar a parentalidade de pessoas de baixa renda. Ao revés, suas condutas devem ser analisadas pelo Poder Judiciário considerando o que podem prover e o que suas condições lhes permitem acessar. Assim, a garantia, por exemplo, de que os pais deem boas condições de alimentação e moradia aos filhos deve ser analisada de acordo com os recursos aos quais os genitores têm acesso, de forma que eles não podem ser punidos por ação ou omissão do Estado, se este não lhes assegura o acesso a políticas públicas de qualidade que garantam condições dignas de vida.

Apesar dos 5 (cinco) processos citados, nos outros 32 não houve qualquer menção a faltas, omissões ou abusos cometidos contra as crianças por parte de seus genitores ou responsáveis. Nesses casos, o juízo não delimitou quais hipóteses legais justificaram a aplicação da medida de proteção referente ao acolhimento, não havendo qualquer indicação do risco ao qual a criança teria sido

submetida. Nessas situações, portanto, constatamos a inadmissível pressuposição da existência de um risco sem qualquer verificação da situação concreta e particular, bem como a desconsideração de normativas que impõem, em regra, a realização prévia de estudos sociais acerca da família antes que seja proferida decisão de acolhimento⁸⁸.

Em tais casos, ainda, a aplicação da medida de acolhimento institucional se deu sem qualquer possibilidade anterior de apresentação de defesa pelos genitores perante o Poder Judiciário e de produção de provas sob o crivo do contraditório, caracterizando, portanto, situações em que a medida foi adotada em caráter liminar, o que não encontra previsão no ECA.

Diante dessas informações, identificamos que o afastamento da criança de sua família de origem por precaução, baseado em pressuposição genérica de risco com fundamento em suposições e preconceitos, e sem que tenha sido constatada a existência de qualquer risco atual, passado ou iminente, configura, na realidade, “alienação parental estatal”, caracterizada por atos do Estado que têm por finalidade difamar a imagem dos genitores e afastar os filhos de seu convívio (Nesrala & Thibau, 2018).

Além disso, a ausência de devida fundamentação legal nesse cenário dificulta a própria tentativa de reversão da ordem de encaminhamento da criança ao acolhimento por parte dos genitores e responsáveis, nas raras vezes em que são chamados para participar do processo, já que geralmente não são nem mesmo citados ou notificados desta decisão, como visto anteriormente.

⁸⁸ O CONANDA e o Conselho Nacional de Assistência Social, na Resolução Conjunta 01/2009, aprovaram as *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes*, estabelecendo, dentre outras medidas, a existência de um estudo diagnóstico, a ser realizado, salvo em situações excepcionais, de forma prévia e caso a caso “por equipe interprofissional do órgão aplicador da medida ou por equipe formalmente designada para este fim”, com o intuito de “subsidiar a decisão acerca do afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar”.

A.3.2 A fundamentação da decisão de acolhimento institucional

Nesta seção trataremos dos critérios discriminatórios que fundamentaram a decisão de acolhimento institucional. Iniciaremos com os critérios relacionados às genitoras e aos genitores e, posteriormente no último tópico, serão apresentados outros critérios.

A.3.2.1 A fundamentação da decisão pautadas nas condições da genitora

Dos 37 casos analisados em que foi proferida decisão de acolhimento institucional, em 32 não foram identificadas nenhuma das hipóteses presentes no art. 98 do ECA como fundamento para o acolhimento institucional, embora sejam requisitos legais para a aplicação dessa medida.

Tabela 2: Condições da genitora utilizadas como fundamentação da decisão judicial de acolhimento institucional

Instituição	Frequência
Uso de drogas durante a gravidez	20
Uso de drogas antes da gravidez	19
Uso de drogas após o nascimento da criança	17
Não realização do pré-natal	15
Outros	10
Trajetória de rua	5
Situação habitacional	4
Carência de recursos materiais	3
Passagem pelo sistema prisional	3
Condição de saúde mental	3
Situação de rua	3
Condição de saúde física/enfermidade	2
Ocupação	2
Desemprego	1

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Além disso, constatamos que em 34 foram utilizadas outras justificativas, para além das dispostas em lei, para fundamentar a decisão que determinou o encaminhamento da criança ao acolhimento institucional, ou seja, foram utilizadas justificativas não previstas em lei⁸⁹. Delas, todas tiveram fundamentação baseada em condições relacionadas à genitora, conforme descritas na **Tabela 2** anteriormente apresenta e na **Tabela 3** a seguir.

A **Tabela 3** apresenta o detalhamento da categoria “Outros”, mencionada na tabela anterior. As categorias estão entre aspas pois refletem o que encontramos registrado na documentação referente ao processo.

Tabela 3: Outras condições da genitora utilizadas como fundamentação da decisão judicial de acolhimento institucional

Instituição	Frequência
“Histórico de negligência”	4
“Não visitação da criança, que estava internada no hospital”	1
“Negligência com filha anterior”; “genitor desconhecido”	1
“Não cumpriu determinações estipuladas pelo Conselho Tutelar, não aderindo aos Programas Assistenciais aos quais foi encaminhada”	1
“Sem documentação”	1
“Não realização de tratamento adequado de sífilis”	1
“Comportamento agressivo com equipe do hospital”, “infante internada com queimaduras quando tinha 5 meses”, “deixar a criança desacompanhada no leito por várias horas”	1

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Em sua maioria, essas condi   es, que s r o analisadas a seguir, não consistem sequer em indícios de situação de falta, omissão ou abuso provocados ou relacionados à genitora. Em verdade, tratam-se de vulnerabilidades que devem ser interpretadas, a princípio e   luz do ECA, apenas como necessidade de acesso a políticas públicas relacionadas a demandas específicas como, por exemplo, habitação e saúde, com vistas também ao fortalecimento de uma rede de apoio familiar e comunitária àquela mulher e respectiva criança.

⁸⁹ A decisão de acolhimento institucional proferida em cada um dos processos pode apresentar mais de uma das fundamenta   es, de modo que os resultados irão ultrapassar o número 37.

O uso de drogas

O artigo 19 do ECA, em sua redação original, estabelecia que “toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado (...) em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”. No entanto, o Marco Legal da Primeira Infância (Lei Federal 13.257/2016) alterou o final do referido artigo para “em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral”, impedindo, portanto, que o uso de drogas fosse utilizado como fundamento para separar a criança ou adolescente de seu núcleo familiar.

Ao analisarmos os processos nesta pesquisa, no entanto, constatamos que a justificativa que foi adotada com maior frequência para efetuar o afastamento da criança de sua família de origem foi o fato de sua genitora fazer uso de drogas antes, durante e/ou após a gravidez.

O uso de drogas, embora também tenha sido utilizado para desqualificar o genitor, como pode ser visto na [seção A.3.2.2](#) adiante, é considerado especialmente reprovável pela sociedade quando realizado por uma mulher.

Como vimos, é esperado da mulher, sobretudo aquela que deve cumprir determinados papéis sociais no âmbito doméstico, como a maternidade, atitudes relacionadas à ternura e ao afeto, ao passo que o “imaginário social sobre mulheres usuárias de drogas está permeado pelo discurso da loucura, promiscuidade, agressividade” (Malheiro, 2018, p.183). Assim, o uso de drogas por essas mulheres é visto como um desvio às imposições estabelecidas pelas normas de gênero sobre o que é ser mulher, e, mais especificamente, frente àquilo que é esperado de uma maternidade ideal. Por essa razão, este público é constantemente responsabilizado individualmente por esse uso. Ou seja, é como se ser ou já ter sido usuária de qualquer tipo de substância ilícita, em qualquer frequência ou quantidade, indicasse que essa mulher não apresenta qualquer capacidade para cuidar de uma criança.

Nesse contexto, as políticas públicas voltadas para o atendimento de mulheres que fazem uso de drogas centralizam sua atuação em torno de como esse uso pode afetar os outros, como seus filhos(as), e não a si mesmas, sem preocupação com o fortalecimento de sua autonomia, para que assim pudesse

tomar decisões informadas em relação ao seu próprio corpo. Como exemplo, podemos pensar nas campanhas iniciais relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis. Apesar de serem muito importantes para mulheres usuárias de drogas, essas campanhas foram planejadas sob a perspectiva da contração da infecção por homens, parceiros de mulheres heterossexuais, ou crianças, suas filhas e filhos (Mountain, 2017).

Para além disso, é importante refletir que o consumo de drogas é visto como mais ou menos gravoso quando associado ao gênero, bem como a questões de classe social, raça e faixa etária. Em alguns contextos a já mencionada estigmatização de mulheres que fazem uso de drogas se associa a formas de punição desse público, como em relação a mulheres negras e pobres que são separadas de seus filhos(as) a partir do encaminhamento destes últimos à unidade de acolhimento institucional, sem qualquer aplicação anterior de medida de proteção mais branda. Nesse cenário, o racismo implica que mulheres negras sejam vistas de forma desumanizante, como criminosas, incapazes de serem mães, e ocupantes apenas de espaços em que sejam reconhecidas exclusivamente pela sua força de trabalho (Malheiro, 2018).

Retomando a perspectiva interseccional, ressaltamos que a punição relacionada ao uso de drogas recai de forma distinta sobre mulheres brancas e de classe média. Enquanto o uso por mulheres brancas e de classe média se concentra majoritariamente em espaços privados, mulheres negras e pobres utilizam espaços públicos e sofrem os efeitos da superexposição, a ponto de se tornarem hiper visíveis e, conseqüentemente, alvo de constante pressão social e regulação em relação ao seu próprio corpo (Mountain, 2017). E em relação ao uso de crack, por exemplo, essa punição se encontra relacionada também ao espaço no qual as mulheres realizam o uso. Nesse sentido, Garcia (2016) destaca que

a classe média tem acesso a estratégias que possibilitam a manutenção de seu consumo em segredo, pois possui ambientes de intimidade, quartos próprios, casas no litoral, festas em lugares afastados, clubes privados, automóveis etc. Já o da “ralé”, não possui os mesmos recursos, de maneira que seu consumo é rapidamente percebido. Desse modo, enquanto a classe média protege-se da estigmatização, a “ralé” é rapidamente estigmatizada, o que inclusive pode contribuir para a radicalização de sua prática. (p.103)

Diante desta perspectiva, a questão das drogas ultrapassa a ótica estritamente biológica, na medida em que o uso e os efeitos das drogas, assim como sua percepção pela comunidade em seu entorno, estão diretamente relacionados à forma como cada mulher se encontra inserida na sociedade. Assim, a análise desse fator deve ser feita sob perspectiva interseccional, segundo a qual raça, classe, gênero, faixa etária, dentre outras categorias estruturam as relações sociais, ao mesmo tempo em que são responsáveis por produzir situações complexas a partir de suas interrelações.

A partir do exposto, é evidente que o tratamento de questões complexas como o uso de drogas e seu reflexo no contexto familiar deve levar em consideração os vieses raciais e de gênero que as permeiam, além do contexto em que as pessoas afetadas se inserem. Nesse sentido, mostram-se relevantes algumas mudanças na abordagem da questão por parte do Poder Judiciário, como a Resolução 425/2021 do CNJ, que institui a *Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades*⁹⁰.

Dentre as diretrizes dessa normativa, destacamos aquela que indica que o(a) magistrado(a) deverá determinar o encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), caso identifique, em processo judicial, pessoas em situação de rua que façam uso problemático de álcool e outras drogas ou que apresentem outras questões de saúde mental como sofrimento ou transtorno mental, inclusive no caso de crianças e adolescentes⁹¹. Além disso, a normativa prevê que o uso de drogas por gestantes ou genitoras não deve, por si só, constituir motivo suficiente para o acolhimento institucional compulsório de seus filhos e filhas⁹².

⁹⁰ CNJ. Resolução 425, de 8 de outubro de 2021.

⁹¹ Conforme a Resolução 425/2021 do CNJ, em seu Art. 10.

⁹² Conforme a Resolução 425/2021 do CNJ, em seu Art. 31, § 5º.

A não realização do pré-natal e o atendimento a mulheres gestantes e puérperas

A não realização do pré-natal foi utilizada como argumento para o afastamento da criança de sua genitora em 15 (quinze) dos 40 processos analisados. Ressaltamos que essa justificativa desconsidera a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, que afeta em especial mulheres pretas e pardas. A esse respeito, dados nacionais indicam que a mortalidade materna recai desproporcionalmente sobre mulheres negras. Em 2015, por exemplo, foram vítimas de 62,8% das mortes maternas, que são, em sua grande maioria, evitáveis. Ademais, mulheres pretas e pardas têm menos acesso a métodos farmacológicos para alívio da dor, aplicados antes e durante o parto, como a analgesia, devido à prevalência de estereótipos discriminatórios e racistas que consideram as mulheres negras “mais fortes” e “resistentes à dor”, o que é considerado violência obstétrica (Lansky et al., 2019; Leal et al., 2017; Nacif, 2016). Ademais, são constantemente vítimas de maus-tratos, agressões verbais e físicas, e de discriminação racial por parte de profissionais de saúde.

Este é, portanto, um fator que deve ser levado em consideração pelo juízo ao analisar a realização ou não de pré-natal, especialmente porque muitas mulheres se calam quando expostas à violência obstétrica em razão do receio de terem suas denúncias deslegitimadas durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, especialmente quando confrontadas com o saber médico (Andrade & Aggio, 2014).

Especificamente em Belo Horizonte, diante da Portaria nº 3 da VCIJ-BH, as gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade, com receio de terem seus filhos retirados após o nascimento, passaram a evitar ainda mais os acompanhamentos médicos dos Centros de Saúde e algumas ainda deixaram o município para ter o parto (Souza & Nogueira, 2018). Desse modo, esses espaços se tornaram local de desconfiança, gerador de medo de uma possível denúncia ou delação, o que fez as mulheres evitarem o pré-natal e o parto, fugirem das maternidades com seus bebês ou até mesmo chamarem a polícia para saírem dos hospitais. Essa situação demonstrou a completa quebra do vínculo de confiança entre os profissionais de saúde e as gestantes e puérperas, bem como do sigilo

profissional, questões que são necessárias para garantir o cuidado, o acolhimento e o tratamento das pacientes (Drummond, Martins, Godoy & Pinto, 2018).

Ocorre que, apesar de adotado como justificativa para discriminar mulheres que não o realizaram, o pré-natal não é obrigatório por lei e objetiva cuidar da saúde não só do bebê, mas também da mulher, igualmente beneficiária desse acompanhamento médico (Lansky, 2018). O pré-natal é, portanto, um direito da criança e da mãe, razão pela qual não deve ser tratado como um dever que, caso descumprido, seja capaz de gerar qualquer responsabilização individual da genitora. Ao contrário, o acesso a esse tipo de cuidado deve ser assegurado como um desdobramento de seu direito à saúde.

O pré-natal é, na realidade, uma questão de saúde pública e ter gestantes e puérperas afastadas desse acompanhamento é mais um sinal de que há falhas estruturais nas políticas públicas que afetam especialmente mulheres pretas e pardas, como visto. Em pesquisa realizada em Belo Horizonte, entre 2003 e 2007, os motivos mais alegados pelas mães para a não realização do pré-natal foram o desconhecimento ou a negação da gestação, a necessidade de escondê-la, a desmotivação e dificuldade de acesso ao serviço de saúde, em razão de trabalho, outros filhos, transporte e/ou falta de médico (Martins, 2010).

Apresentamos a seguir o trecho de uma decisão judicial que desqualifica a genitora a partir de consideração sobre a baixa frequência às consultas de pré-natal, e estabelece a medida de acolhimento institucional como primeira e única solução encontrada no caso:

Considerando: a) que a genitora possui histórico de negligência para com sua outra filha; b) que realizou apenas **três consultas de pré-natal**, expondo a filha a situação de risco ainda na gestação; c) que possui trajetória de rua e de dependência química há bastante tempo; e d) que o genitor da infante em tela é desconhecido; (...) verifica-se, a princípio, a impossibilidade de a genitora exercer a guarda responsável da criança em tela. (Pesquisa documental, 2021, grifo nosso)

No caso em questão, a realização de três consultas pré-natais foi considerada insuficiente e genericamente geradora de risco para o feto. Além disso, o fato de o genitor ser desconhecido - circunstância que atinge cerca de 6%

dos brasileiros e brasileiras nascidos a cada ano⁹³ - é utilizado, sem maiores explicações. Finalmente, o contexto social da genitora, em que se identifica “trajetória de rua e de dependência química”, é utilizado como forma de desqualificá-la antes mesmo de que tenha a oportunidade de exercer o cuidado com a criança e sem que seja sugerida medida mais branda e de suporte, dentre as previstas no ECA como “orientação, apoio e acompanhamento temporários”, “inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente” ou “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”⁹⁴.

No caso de gestantes e puérperas usuárias de drogas, os serviços voltados se apresentam ainda mais inacessíveis. De acordo com Belloc, Cabral e Oliveira (2018), muitas mulheres nessas condições não realizam acompanhamento pré-natal ou fazem qualquer tipo de exame, pois sentem medo destes procedimentos, pois o tempo inteiro são abordadas com a informação de que seu uso de drogas é totalmente prejudicial ao bebê. Esse medo de constante julgamento não se mostra injustificado. No trecho reproduzido anteriormente, referente à determinação de acolhimento institucional de uma criança, o mero indício, sem comprovações, de que sua genitora fazia uso de drogas foi utilizado como argumento para desqualificá-la e para embasar a decisão.

A moradia: a situação de rua e trajetória de rua

Nos processos analisados, observou-se repetidamente o uso de situação de rua e trajetória de rua como fundamentação para o encaminhamento da criança ao acolhimento, em razão de aspectos discriminatórios que desconsideram as conformações de família compostas por este público, bem como por conta da

⁹³ Segundo a Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen-Brasil) em 2019, o índice de crianças apenas com o nome da mãe no registro civil foi de 5,9%. Já em 2020, o índice subiu para 6% e, em 2021, a porcentagem está em 6,3%. CNN Brasil. [Número de crianças sem o nome do pai na certidão cresce pelo 4º ano seguido.](#)

⁹⁴ Conforme o ECA, em seu Art. 98.

ausência de recursos materiais por parte dos genitores. Essa última, no entanto, é expressamente vedada pelo ECA, que prevê:

Art. 23. A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

§ 1º Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção. (Brasil, 1990)

Frente a uma desestruturação da rede socioassistencial que deveria prestar a assistência e encaminhamento necessários aos genitores para que pudessem garantir condições socioeconômicas viáveis para o sustento da família, o Estado volta-se contra os pais e por puni-los pelas violências estruturais por eles sofridas.

Dito isso, é necessário considerar as necessidades básicas deste público, com especial atenção às mulheres em situação de rua, que compõem uma minoria dessa população. Segundo dados de setembro de 2020 a junho 2021, as mulheres compunham de $\frac{1}{3}$ a $\frac{1}{4}$ da população de rua na cidade de Belo Horizonte, sendo que no último mês apontado eram 7.497 homens e 877 mulheres em situação de rua na cidade (Dias, Migliari, Rodrigues & Poleze, 2021). Esses dados se assemelham às informações relacionadas ao contexto brasileiro como um todo, em que, em junho de 2021, apenas 10,47% da população em situação de rua era composta por mulheres (Dias, Migliari, Rodrigues & Poleze, 2021).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde evidencia que as mulheres em situação de rua no Brasil são mais vulnerabilizadas que os homens nestas condições, na medida em que ficam mais expostas a violências psicológicas e físicas, abuso sexual e gravidez indesejada (Brasil, 2012).

Por conta disso, é necessário observar a Resolução 425/2021 do CNJ⁹⁵ que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a *Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades*. A este respeito, é crucial destacar os artigos 30 e 31:

⁹⁵ CNJ. Resolução 425, de 8 de outubro de 2021.

Art. 30. Às crianças e adolescentes em situação de rua é assegurado o direito à convivência familiar e comunitária, bem como proteção integral da família em situação de vulnerabilidade social, de modo a evitar a separação de mães e pais e outros cuidadores em situação de rua e seus filhos e filhas e outros dependentes.

Art. 31. § 5º A situação de rua e/ou uso de substâncias psicoativas por gestantes ou mães não deve, por si só, constituir motivo para o acolhimento institucional compulsório de seus filhos.

Assim, ressalta-se a ilegalidade da fundamentação das decisões da medida de proteção na situação/trajetória de rua dos genitores, em que há punição desses genitores em razão de desigualdades estruturais que os levaram à situação de miséria e desabrigo. De forma contrária, deve ocorrer a prestação de apoio e auxílio a tais genitores pelo Poder Judiciário e demais integrantes do Sistema de Garantias da Criança e do Adolescente (SGD), como serviços e equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS), para que recebam o devido apoio para exercer adequadamente sua parentalidade.

A passagem pelo sistema prisional

Apesar de a passagem da genitora pelo sistema prisional ser utilizada como fundamento de algumas das decisões judiciais em medida de proteção que culminam no afastamento da criança de sua família de origem, isso é legalmente vedado, em razão de previsão do ECA, segundo o qual:

Art. 23, § 2º A condenação criminal do pai ou da mãe não implicará a destituição do poder familiar, exceto na hipótese de condenação por crime doloso sujeito à pena de reclusão contra outrem igualmente titular do mesmo poder familiar ou contra filho, filha ou outro descendente.

Como a condenação criminal da genitora e do genitor não pode ser utilizada para justificar a destituição do poder familiar, esta não pode, por consequência, embasar o afastamento da criança do convívio com sua família natural, em observância ao princípio da intervenção mínima e o princípio da prevalência da

família de origem que regem a aplicação de medidas de proteção às crianças⁹⁶, salvo exceção prevista no próprio dispositivo. Entretanto, a exceção especificada não ocorreu em nenhum dos processos de Medida de Proteção analisados. Nestes casos, esse fundamento ainda foi sempre utilizado de maneira genérica, sem que tenha sido feita qualquer correlação explícita entre o cumprimento pretérito de pena e o risco atual oferecido à criança afastada.

Além disso, ainda que se tratasse de uma situação atual de cumprimento de pena, isso não seria justificativa para o afastamento entre criança e genitora. Pelo contrário, o próprio Marco Legal da Primeira Infância (Lei 13.257/2016) prevê prisão domiciliar a mulheres grávidas ou com crianças de até 12 anos, de modo a propiciar a convivência e a realização do melhor interesse da criança. Esse entendimento foi reiterado pela 2ª Turma do Supremo Tribunal Federal (STF) ao conceder *habeas corpus* coletivo para substituir a prisão preventiva por domiciliar para todas as mulheres presas grávidas e mães de crianças com até 12 anos de idade, além de adolescentes do sistema socioeducativo em situação semelhante e mulheres que tenham sob custódia pessoas com deficiência⁹⁷.

Ademais, é necessário analisar a fundamentação aqui utilizada pela VCIJ-BH sob a perspectiva do adequado tratamento a ser desvelado a pessoas egressas do sistema prisional no âmbito do Poder Judiciário, o que deve ser colocado em prática não apenas por órgãos de execução penal, mas também pelos demais órgãos que apreciam situações relacionadas a este público, como a própria VCIJ-BH. Com vistas a definir as diretrizes que orientam esse adequado tratamento, foi publicada a Resolução 307/2019 do CNJ⁹⁸, instituindo, assim, a Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário, cujo conteúdo é detalhado e aprofundado em documento publicado pelo CNJ⁹⁹.

⁹⁶ Conforme o ECA, em seu Art. 100, VII e X.

⁹⁷ STF, HC 143.641, 2 T., Rel. Min. Ricardo Lewandowski, julg. 20/02/2018.

⁹⁸ CNJ. Resolução 307, de 17 de dezembro de 2019.

⁹⁹ Esta política é apresentada de forma mais aprofundada no seguinte documento: CNJ. Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário. 2020.

De acordo com o documento, o objetivo desta política não é controlar pessoas egressas a partir de políticas repressivas, mas sim se constituir como um espaço de construção de possibilidades e de exercício de direitos para este público. A partir de 3 (três) postulados dos quais decorrem princípios¹⁰⁰, o documento estabelece que, ao exercer sua atividade decisória, o Poder Judiciário deve oferecer um atendimento singularizado, que compreenda os processos sociais de exclusão que levaram às pessoas ao sistema prisional - incluindo não apenas a seletividade deste sistema, mas também as múltiplas violências às quais estas pessoas foram institucionalmente submetidas durante seu cumprimento de pena¹⁰¹, inclusive analisando as especificidades de gênero¹⁰² e outros marcadores sociais da diferença, como raça, religião e outros, neste contexto.

A partir desta compreensão, o Poder Judiciário deve ser capaz de atuar diretamente nas condições de enfrentamento das sequelas da prisão no contexto pós carcerário de cada indivíduo¹⁰³, para que assim possa compor de forma concreta uma rede articulada para atendimento a este público. O objetivo da conformação dessa rede é promover a interconexão entre as diversas políticas com vistas a construir de forma conjunta soluções para suprir as demandas desta população, como garantir o acesso a recursos de educação, saúde, moradia e trabalho, renda e qualificação profissional, levando em consideração, inclusive, as demandas específicas relacionadas ao gênero raça, etnia, religião, idade, sexualidade, dentre outras.

¹⁰⁰ Os postulados são: o reconhecimento da seletividade do sistema de justiça penal; o respeito da pessoa egressa como sujeito de direitos; a necessidade de comprometimento de diversos órgãos; e instituições e âmbitos das políticas públicas e da participação da sociedade civil.

¹⁰¹ A esse respeito, o STF reconheceu o Estado de Coisas Inconstitucional do sistema prisional brasileiro no julgamento da medida cautelar da ADPF nº 347 em 2015.

¹⁰² Quanto às violências específicas às quais mulheres que deram à luz no próprio sistema prisional foram vítimas, por exemplo, há a situação de "hiper e hipomaternidade". Em relação à primeira, elas se dedicam de forma exclusiva a todos os cuidados em relação à criança recém-nascida durante seus primeiros meses de vida, sem qualquer acesso à atividade laboral, escolar, cultural e/ou religiosa e sob rigoroso controle das agentes penitenciárias. Enquanto à segunda, se prepararam para a ruptura abrupta de entrega desta criança à família extensa ou adoção, após expirado o prazo estabelecido pela administração prisional de permanência do bebê com a genitora. Para mais informações, consultar Braga & Angotti (2015).

¹⁰³ Isso porque na vida de qualquer indivíduo após a saída do sistema prisional, a privação de liberdade provoca consequências emocionais, familiares e sociais, que se relacionam inclusive com a dificuldade de acesso à políticas públicas, como saúde, moradia, trabalho e qualificação profissional, educação e cultura.

Portanto, os postulados da Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário não foram sequer observados pela VCIJ-BH nas decisões ora analisadas, na medida em que estas se restringiram a desqualificar os cuidados praticados pelas pessoas egressas em relação a seus filhos e filhas de forma genérica, para fundamentar o afastamento da criança de sua família de origem.

A.3.2.2 A fundamentação da decisão pautada nas condições do genitor

Dos 34 processos que se utilizaram de fundamentações diversas das dispostas em lei (dentre os 37 processos em que foi proferida decisão de acolhimento institucional), 20 deles apresentaram justificativas relacionadas ao genitor, número relevante, mas significativamente inferior às condições relacionadas à genitora que fundamentam as decisões de encaminhamento da criança ao acolhimento institucional. Destacamos que nesses processos, as condições relacionadas aos genitores apareceram nas fundamentações das decisões em conjunto com as condições relacionadas às genitoras.

Tabela 4: Condições do genitor utilizadas como fundamentação da decisão judicial de acolhimento institucional

Instituição	Frequência
Uso de drogas antes do nascimento da criança	10
Uso de drogas após o nascimento da criança	10
Outras	6
Passagem pelo sistema prisional	4
Situação habitacional	2
Trajetória de rua	2
Desemprego	2

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Conforme apresentamos na **Tabela 4**, o uso de drogas também se mostrou a condição mais presente para fundamentar a decisão do juízo pelo acolhimento institucional, no caso da análise sobre as condições dos genitores. Outras explicações que se mostraram presentes foram a situação de desemprego, a passagem pelo sistema prisional, a situação habitacional e a trajetória de rua.

A **Tabela 5** a seguir apresenta o detalhamento da categoria “Outros”, mencionada na **Tabela 4**. As categorias que estão entre aspas refletem o que se encontrou registrado na documentação referente ao processo.

Tabela 5: Outras condições do genitor utilizadas como fundamentação da decisão judicial de acolhimento institucional

Instituição	Frequência
“Histórico de negligência”	1
“Suposto abuso sexual”	1
“Pai tem outro casamento e filhos”	1
“Alcoolista”	1
“Não realização de tratamento adequado de sífilis”	1
“Comportamento agressivo com equipe do hospital”, “infante internada com queimaduras quando tinha 5 meses”, “deixar a criança desacompanhada no leito por várias horas”	1

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

A.3.2.3 A fundamentação da decisão pautadas em outros critérios discriminatórios

Em apenas 4 (quatro) dos 34 processos em que foram utilizadas fundamentações diferentes daquelas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foram adotadas justificativas que não estavam diretamente relacionadas aos genitores¹⁰⁴.

¹⁰⁴ A decisão de acolhimento institucional proferida em cada um dos processos pode apresentar mais de uma fundamentação, de modo que os resultados irão ultrapassar o número 4.

A situação identificada com maior frequência se relaciona ao fato de os irmãos mais velhos do recém-nascido estarem em acolhimento institucional ou com outra família que não a de origem, o que foi usado como argumento por se entender que a situação do passado seria indicativo suficiente para fundamentar a decisão presente, sem entender que o contexto de cuidado poderia ter sido alterado ou ainda sem avaliar se realmente a decisão de afastamento dos irmãos foi acertada.

Houve ainda um caso em que a família extensa, que era responsável pela criança, não queria mais exercer sua guarda, e um outro caso em que a genitora era vítima de violência doméstica, e a decisão foi pelo afastamento da criança dela e do resto de sua família, em vez de encaminhar uma intervenção que também acolhesse a mulher vítima desse abuso.

A situação de outros filhos e outras filhas: acolhimentos institucionais e destituições do poder familiar anteriores

Em alguns processos analisados, a decisão se fundamentou no fato de os genitores já terem sido destituídos do poder familiar que exerciam em relação a seus outros filhos e outras filhas.

Nesses casos, as decisões além de reiterar julgamentos sobre fatos anteriores e distintos ao que estava sendo analisado até então no processo de Medida de Proteção, comparavam contextos relacionados ao cuidado desvelado a outras crianças, que sofreram alterações relevantes ao longo do tempo¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Além disso, o uso deste tipo de fundamentação ignora o sofrimento de diversas mulheres que já foram destituídas do poder familiar em relação às suas demais filhas e filhos e continuam desejando engravidar, em busca do exercício efetivo de seu direito à maternidade. Esta situação é denominada “gravidez de repetição” e são vistas como casos traumáticos relacionados à perda. Nessas circunstâncias, o afastamento da criança de sua genitora e sua família de origem, a partir do seu encaminhamento ao acolhimento institucional acaba proporcionando a repetição do ciclo de violências às quais foi anteriormente submetida com o também afastamento e posterior destituição do poder familiar que exercia em relação a filhos(a) mais velho(as). A literatura especializada aponta como fatores relevantes para esse fenômeno a ausência de um luto nesses casos de encaminhamento de sua criança à unidade de acolhimento institucional seguida da destituição do poder familiar da genitora, associado à construção de um sentimento de culpa ou até de um “vazio” que precisa ser preenchido por um novo bebê. Para melhor compreensão sobre o tema, ver Motta (2017), Rios (2017).

Isso se encontra evidente no trecho de decisão prolatada em 2013 a seguir reproduzido:

A paciente deu à luz em [data/2013] à uma criança do sexo feminino. Informa que segundo informações coletadas através da equipe da SARF-PBH (...) A família foi acompanhada por esse serviço através de encaminhamento judicial. Consta que não houve adesão da família, tendo havido destituição do poder familiar de dois outros filhos. A paciente não realizou pré-natal, não possuía renda fixa e a moradia é custeada pela bolsa moradia da PBH (foram constatadas péssimas condições habitacionais e de higiene, sendo que o casal mora junto). Apesar de negarem, há informações de que ambos usam drogas ilícitas. Não possuem documentos pessoais e a genitora apresentou xerox de identidade. (Pesquisa documental, 2021)

91

Em decisão proferida em 2017 também foi encontrada este tipo de fundamentação decisória:

Considerando: a) que a genitora possui histórico de negligência para com seus outros dois filhos, dos quais não tem a guarda; b) que realizou apenas duas consultas de pré-natal, expondo o filho a situação de risco ainda na gestação; c) que faz uso de substâncias ilícitas e está em trajetória de rua; d) que o genitor também está em trajetória de rua e faz uso de substâncias ilícitas; tudo consoante Relatório Social da [nome da maternidade pública], verifica-se, a princípio, a impossibilidade de os genitores exercerem a guarda responsável do infante, nascido aos [data/2017]. (Pesquisa documental, 2021)

Todavia, o Poder Judiciário não pode de forma alguma presumir que situações supostamente de risco verificadas no passado ainda se mantêm no presente, muito menos utilizá-las como fundamento para uma decisão atual de afastamento de uma criança de sua família de origem, especialmente quando são apontadas de forma genérica.

Ademais, o embasamento de uma decisão em um fato pretérito que já ocasionou a destituição do poder familiar aqueles genitores em relação aos seus filhos mais velhos, é vedado. Isso porque o direito brasileiro veda a dupla sanção pelos mesmos fatos, em decorrência do princípio do *non bis in idem*¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Em razão do entendimento do STF de que tratados internacionais de direitos humanos apresentam status de norma supralegal, ou seja, abaixo da Constituição e acima das leis infraconstitucionais, o controle de convencionalidade pode ser realizado sobre as leis infraconstitucionais. A partir disso, o ordenamento jurídico brasileiro deve ser aplicado em conformidade com os direitos assegurados na Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH), em observância aos entendimentos da Corte Interamericana de Direitos Humanos

A violência doméstica e familiar

Em parte dos processos analisados, a situação de violência doméstica e familiar à qual a genitora estava submetida foi utilizada como fundamento para justificar o afastamento de seu filho ou filha de seu próprio convívio. Além de ser julgada a partir dos relacionamentos abusivos e violentos nos quais esteve envolvida, a ponto de ser considerada incapaz de exercer os cuidados frente às suas crianças e assim estas serem encaminhadas diretamente ao acolhimento institucional, esta mulher, em vez de ser acolhida em razão do grave estado de vulnerabilidade que a acomete em virtude da violência, não recebe qualquer tipo de apoio ou auxílio por parte do próprio Poder Judiciário, levando a violência se repetir institucionalmente. É evidente, portanto, a revitimização frente à qual a mulher é submetida nesse processo.

Nesse sentido, os fundamentos utilizados nas decisões analisadas giram em torno do argumento de que a mulher, quando se encontra em situação de violência doméstica, se mantém nesta situação de forma totalmente deliberada, sem que qualquer análise mais complexa a respeito do motivo de ela não ter se afastado do agressor seja considerada. Em razão disso, o juízo compreende que o retorno ao agressor se configura como situação que necessariamente submete uma criança a uma situação de risco iminente.

Essa questão é ainda mais preocupante, quando se identifica que essas violências institucionais reverberam também em segunda instância no TJMG, em acórdãos proferidos pelo tribunal em sede de julgamento de recurso de apelação, interposto frente a decisões que determinam a destituição do poder familiar dos genitores¹⁰⁷.

(CrIDH). Sendo assim, o princípio do *non bis idem* previsto em normas infraconstitucionais no Brasil deve ser interpretado à luz do artigo 8.4 da CADH, aplicado aos casos Loayza Tamayo vs. Perú de 1997, Mohamed vs. Argentina de 2012 e J. vs. Perú de 2013. No julgamento destes casos, a CrIDH decidiu que “o princípio de *non bis in idem* está contemplado no art. 8.4. da Convenção” de modo a “proteger os direitos dos cidadãos que tenham sido processados por determinados fatos para que não voltem a ser julgados pelos mesmos fatos”; e estabeleceu que a redação da CADH proíbe a dupla persecução por “mesmos fatos” e não apenas por “mesmos crimes”. Para mais informações a respeito deste entendimento, consultar: STF, HC 171.118, 2 T., Rel. Gilmar Mendes, julg. 12/11/2019.

¹⁰⁷ Para maior aprofundamento acerca da temática, consultar Almeida (2021).

Em recente Apelação Cível¹⁰⁸, julgada em 26 de janeiro de 2021, foi interposto recurso contra sentença prolatada pelo juiz da Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Juiz de Fora nos autos da ação de adoção cumulada com pedido de guarda provisória e destituição do poder familiar que deferiu a adoção e destituiu o poder familiar dos genitores. Neste caso, a genitora solicitou a aplicação de medidas protetivas contra seu companheiro, mas o fato de ter voltado a residir com ele foi utilizado como fundamentação para confirmar a inexistência de integrante de sua família extensa que pudesse exercer a guarda de seu filho recém-nascido após alta da UTI neonatal, tendo em vista que o relacionamento teria supostamente a levado a se distanciar da família, já que todos acreditam que ela era “conivente com a conduta do companheiro”.

Em outra Apelação Cível¹⁰⁹, julgada 05 de novembro de 2020, foi interposto recurso pela genitora contra sentença proferida pelo juiz da Vara de Menores da Comarca de Uberlândia, que julgou procedente a ação de destituição do poder familiar ajuizada contra os dois genitores. A genitora, apesar de ela própria e seus filhos terem sido vítimas de violências e abuso sexual praticados pelo genitor - o que a levou a denunciar os fatos à polícia -, foi categorizada como alguém que “não consegue proteger os filhos”, e que se coloca “na situação de vítima do requerido e da sociedade, alegando que cabe ao poder público tomar atitudes para melhorar suas condições de vida”.

A decisão ainda se fundamentou no fato de que quando a genitora decidia tomar as providências relacionadas à denúncia do companheiro, ela “voltava o relacionamento com o pai das crianças e os abusos eram retomados”. Ao fim, o acórdão concluiu que a genitora “não cuidou de tomar qualquer providência para reaver a guarda dos filhos e nem de se estabilizar emocional e profissionalmente, razão pela qual não detém condições de cuidar dos filhos”, restando evidente que o Poder Judiciário não se responsabilizou em nenhuma medida pela articulação da rede de proteção às mulheres em situação de violência neste caso. Apesar de em

¹⁰⁸ Minas Gerais. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. 2ª Câmara Cível. *Apelação Cível nº 1.0145.14.000320-6/001*. Relator(a): Des.(a) Afrânio Vilela, Belo Horizonte, julgamento em 26 jan. 2021.

¹⁰⁹ MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. 5ª Câmara Cível. *Apelação Cível nº 1.0702.19.037659-1/001*. Relator(a): Des.(a) Moacyr Lobato, Belo Horizonte, julgamento em 05 nov. 2020.

suas razões de recurso a genitora ter afirmado que “sofreu calada durante muitos anos, sem conseguir pedir ajuda, tendo vivido assim por muitos anos (...) com o agressor quando tinha apenas 14 (quatorze) anos de idade”, o acórdão, delimitou que “cabe a ela procurar os meios necessários para efetivar sua proteção e de seus filhos, buscando auxílio junto à Polícia Militar e os órgãos municipais de proteção e apoio à família”.

Ocorre que a Política Judiciária Nacional de enfrentamento à violência contra as Mulheres pelo Poder Judiciário, instituída a partir da Resolução 254/2018 do CNJ¹¹⁰ e seu recente Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero¹¹¹, estabelece que a separação da criança de sua genitora e posterior encaminhamento ao acolhimento institucional neste tipo de situação não deve ocorrer em nenhuma hipótese.

Ao revés, o juízo deve assegurar a articulação com a rede de proteção como medida para diminuir os riscos aos quais estão expostas as vítimas desta violência de gênero¹¹². A partir desta articulação, garante-se o acesso ao atendimento multidisciplinar e intersetorial às vítimas diretas e indiretas da violência doméstica e familiar, auxiliando, assim, na conformação de um comprometimento com a reinserção social dessas mulheres a nível comunitário, indispensável para o rompimento do ciclo de violência ao qual estavam inseridas.

A partir desta articulação em rede, portanto, não haveria espaço para a inadequada responsabilização individual da mulher por sua condição de vulnerabilidade à qual a própria violência a tinha inserido, como até então ocorreu na decisão proferida pela VCIJ-BH aqui analisada. Ao contrário, seu acolhimento especializado requer a tomada de providências em relação ao afastamento do agressor do lar, medida cautelar prevista no ECA¹¹³, bem como a aplicação subsidiária da Lei Maria da Penha para garantir à criança a fixação de alimentos e definição da distância em relação ao autor da agressão (Maciel, 2010).

¹¹⁰ CNJ. Resolução 254, de 04 de setembro de 2018.

¹¹¹ CNJ. Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero 2021.

¹¹² Conforme a Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340/2006, em seu Art. 9º, § 1º.

¹¹³ Conforme o ECA, em seu Art. 130.

A.4 A decisão de suspensão de visitas da família à criança na unidade de acolhimento

Em 3 (três) dos 40 processos de medidas de proteção analisados não houve coleta de dados relacionados à existência ou não de decisão judicial que determina a suspensão de visitas das famílias de origem¹¹⁴. Para análise desta decisão, portanto, consideramos 37 processos.

Esses dados relacionados à suspensão de visita da família natural são especialmente importantes tendo em vista que os processos analisados são relativos a crianças recém-nascidas. Nesses casos, a proibição do contato apresenta contornos ainda mais graves, por se constituir como obstáculo claro à amamentação e ao fortalecimento de vínculos entre a família, especialmente as genitoras, e seu bebê.

A esse respeito, o Ministério da Saúde (Brasil, 2014) dispõe que o aleitamento materno, principalmente nos primeiros meses de vida, é essencial para o fortalecimento da imunidade do recém-nascido com vistas a prevenir a contração de uma série de doenças, além de trazer benefícios não apenas à saúde física, mas também à saúde mental. Em razão dessa importância, o afastamento de crianças de suas genitoras, nos primeiros dias após o parto, sem possibilidade de qualquer familiar realizar visitas nas unidades de acolhimento institucional ao qual a criança foi encaminhada, se configura como violência obstétrica (Lansky, 2018).

Este tipo de violência foi até mesmo formalizada no município de Belo Horizonte, especialmente durante a vigência das Recomendações do MPMG e da Portaria da VCIJ-BH, mencionadas anteriormente. Na ocasião, a DEDICA Cível BH/DPMG ajuizou Ação Civil Pública, para que, nos casos de acolhimento institucional de crianças em fase de amamentação, fosse determinado que as unidades de acolhimento permitissem o acesso diário das genitoras aos seus filhos,

¹¹⁴Nos 3 (três) casos, diante de suas condições específicas, não houve a coleta desses dados. Em dois deles, o acolhimento institucional foi emergencial ou programado pelo conselho tutelar, e não por decisão judicial, e no terceiro, houve a aplicação da medida de encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, com a manutenção da criança em seu núcleo familiar de origem, sem que tenha sido, portanto, prolatada decisão de acolhimento institucional.

como forma de garantir o direito de amamentação das crianças (Corrêa, Falleiros, Seixas & Nesrala, 2018).

Nesse contexto, é essencial ressaltar que não existe, de fato, uma dicotomia entre os direitos da criança e os direitos da genitora, na medida em que a separação imediata de um bebê de sua mãe irá necessariamente causar prejuízos a esta criança, tanto em relação à criação de vínculos e garantia de amamentação adequada, quanto ao estímulo e fortalecimento do convívio familiar e comunitário da criança (Gomes, 2017). Não há que se falar, na hipótese, de primazia dos direitos da mulher em relação aos direitos do bebê, uma vez que essa disputa apenas provoca resultados negativos, como a conformação de uma rede enfraquecida de cuidado e apoio à criança e sua família (Rios, 2017).

A.4.1 A decisão judicial de encaminhamento da criança ao acolhimento institucional em conjunto com a suspensão de visitas da família de origem na entidade

Dentre esses 37 processos, em 11 (onze) deles foi proferida decisão judicial que determinou a suspensão de visitas da família de origem. Em relação a estas decisões, 3 (três) ocorreram concomitantemente à decisão de acolhimento institucional, ou seja, desde o momento em que as crianças foram encaminhadas ao acolhimento institucional, seus genitores e a família extensa foram proibidos de manter contato com suas crianças nas entidades de acolhimento em que se encontravam institucionalizadas.

Essa medida viola o princípio da prevalência da família de origem¹¹⁵, que norteia a aplicação de medidas de proteção. O acolhimento institucional é uma medida de proteção que, além de provisória e excepcional, tem por objetivo primordial ser instrumento de transição para reintegração familiar¹¹⁶.

¹¹⁵ Conforme o ECA, em seu Art. 100, inciso X.

¹¹⁶ Conforme o ECA, em seu Art. 101, §1º.

Ademais, em alguns processos de Medida de Proteção analisados, sequer houve decisão judicial prolatada pela VCIJ-BH suspendendo ou ratificando a suspensão das visitas determinada pela unidade de acolhimento institucional, de modo que notamos uma inobservância ao ECA, que determina:

Salvo determinação em contrário da autoridade judiciária competente, as entidades que desenvolvem programas de acolhimento familiar ou institucional, se necessário com o auxílio do Conselho Tutelar e dos órgãos de assistência social, estimularão o contato da criança ou adolescente com seus pais e parentes.¹¹⁷

97

Logo, em alguns casos em que constaram somente no Plano Individual de Atendimento (PIA)¹¹⁸ que a entidade determinou a suspensão das visitas da família, não houve nenhuma manifestação judicial a respeito da medida, como exposto no trecho reproduzido a seguir:

Diante da ausência da genitora Srta. M., da tia materna, Sra. L. e dos demais familiares maternos nas visitas por mais de 30 dias, a presente unidade suspendeu a visita de toda a família biológica materna. (Pesquisa documental, 2021)

Nesses casos, prevaleceu uma decisão administrativa unilateral de suspensão de visita sem qualquer tipo de possibilidade de defesa e escrutínio judicial, em violação ao artigo do ECA anteriormente citado.

Assim, observamos que essa medida, apesar de determinante na dinâmica cotidiana das famílias e suas crianças, não é devidamente apreciada pelo Poder Judiciário em alguns dos processos de medidas de proteção analisados, prejudicando até mesmo, por consequência, a interposição de recursos frente a essa proibição de visitas.

¹¹⁷ Conforme o ECA, em seu Art. 92, §4º.

¹¹⁸ A Secretaria Nacional de Assistência Social define o PIA, nas Orientações Técnicas Para Elaboração do Plano Individual de Atendimento de Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento, como um “instrumento que norteia as ações a serem realizadas para viabilizar a proteção integral, a reinserção familiar e comunitária e a autonomia de crianças e adolescentes afastados dos cuidados parentais e sob proteção de serviços de acolhimento. É uma estratégia de planejamento que, a partir do estudo aprofundado de cada caso, compreende a singularidade dos sujeitos e organiza as ações e atividades a serem desenvolvidas com a criança/adolescente e sua família durante o período de acolhimento.

A.4.2 Intimação dos genitores acerca da decisão de suspensão das visitas

Os genitores somente foram intimados da decisão de suspensão de visitas em 2 (dois) desses 11 (onze) processos de Medida de Proteção mencionados, de modo que a maioria deles não recebeu quaisquer informações referentes a essa decisão proferida pela VCIJ-BH.

Por essa razão, esses familiares não tiveram qualquer acesso às condições procedimentais mínimas para que pudessem providenciar defesa técnica que imprimisse esforços na reforma dessa decisão de suspensão de visitas, a partir da interposição do recurso processual cabível, por exemplo. Nestes casos, portanto, se verifica, como já mencionado, a violação ao princípio do devido processo legal, bem como do princípio do contraditório e da ampla defesa, previstos na Constituição Federal de 1988¹¹⁹.

A.5 A decisão final dos processos de Medida de Proteção: definição do destino da criança e sua fundamentação baseada em critérios discriminatórios

Em 33 dos 40 processos analisados não foi proferida sentença. Em primeira análise, essa informação pode parecer se limitar à uma questão formal-processual, mas esse dado merece atenção no esforço de se compreender o trâmite desses processos de Medida de Proteção, já que é necessário que a sentença cumpra uma série de requisitos de acordo com a legislação, por se tratar de ato do(a) magistrado(a) que garante a aplicação da lei ao caso concreto e encerramento da fase cognitiva do processo judicial (Theodoro Júnior, 2019).

Nesse sentido, o artigo 489 do Código de Processo Civil dispõe que a sentença deve conter não apenas o relatório do processo, com breve descrição do caso e registro das principais ocorrências do processo, mas também a fundamentação, em que a juíza ou o juiz analisa as questões de fato e de direito, e o dispositivo, em que o juiz ou a juíza resolve as questões principais submetidas à sua análise pelas partes (Brasil, 2015). Assim, é exigido que os processos sejam

¹¹⁹ Conforme a CRFB/88, em seu Art. 5º, incisos LIV e LV.

necessariamente encerrados com documento bem fundamentado, que seja capaz de enfrentar todos os pontos relevantes levantados e contestados pelas partes que constituem o processo.

Além disso, apesar da previsão constitucional e legal de que todas as decisões judiciais devem ser devidamente fundamentadas^{120,121}, observou-se nos processos de Medida de Proteção analisados a corriqueira produção de decisões que finalizam os processos sem qualquer fundamentação. Por vezes, as decisões finais continham apenas uma frase, determinando o encaminhamento da criança à família substituta ou sua reintegração à família natural.

Quanto à duração dos processos, as sentenças levaram, em média, 2 anos e 8 meses (32.71 meses) para serem proferidas desde a instauração do processo. Considerando o fim dos processos como um todo e não apenas aqueles finalizados por sentenças, as decisões que encerram os processos foram proferidas, em média, em 1 ano e 4 meses (16.69 meses) contados desde a instauração do processo.

Assim, nos processos finalizados em que houve o cumprimento da exigência legal de proferimento de sentença, houve, na média, extrapolação do prazo máximo de 18 meses de permanência em acolhimento institucional estabelecido pelo ECA¹²². Apesar de não existir prazo legal delimitado para a duração do trâmite dos processos de medidas de proteção, aplica-se o citado prazo delimitado pelo ECA, quando se trata de processos em que as crianças envolvidas são acolhidas institucionalmente. Apesar desse desvio em relação aos processos em que foi proferida sentença, observa-se que, em média, as lides analisadas tendem a respeitar o prazo de 18 meses estabelecido pelo ECA.

Esse dado se assemelha a dados relativos à cidade de São Paulo, em que processos de medidas de proteção referentes a crianças recém-nascidas tramitam

¹²⁰ Conforme a Constituição Federal, Art. 93, IX.

¹²¹ Código de Processo Civil, Art. 11.

¹²² Conforme o ECA, Art. 19, §2º.

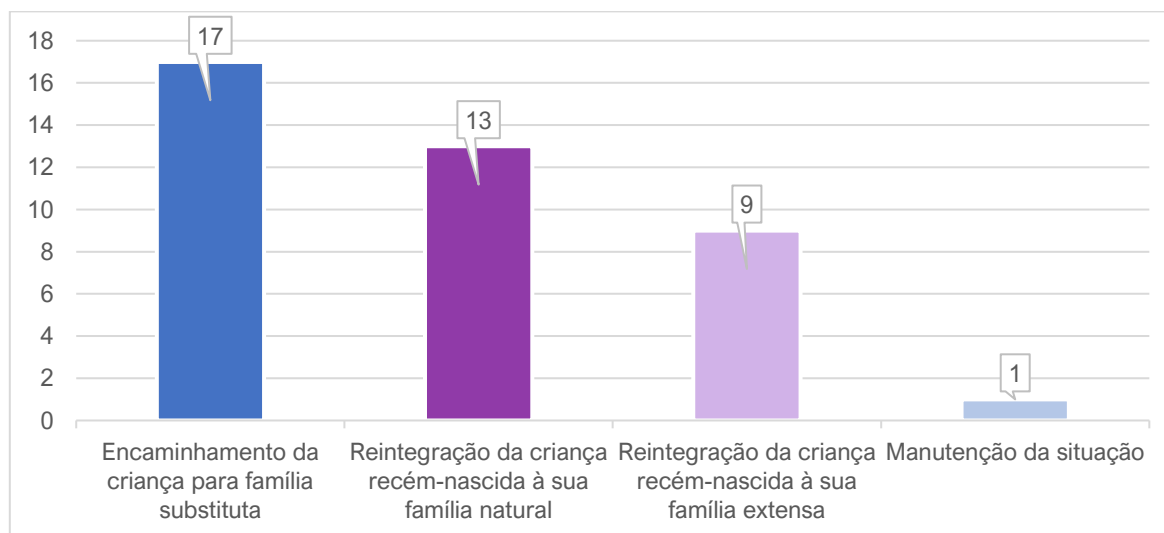
com celeridade (Souza, 2017)¹²³. Essa rapidez, no entanto, contrasta com referências gerais da literatura que identificam que o trâmite das medidas de proteção instauradas em favor de crianças e adolescentes de outras faixas etárias se prolongam mais no tempo (Sanches, 2014).

A.5.1 A prevalência do encaminhamento à família substituta ao fim do processo

100

Conforme o **Gráfico 8** a seguir, em 17 (dezessete) dos 40 processos analisados foi proferida decisão que determinou o encaminhamento da criança para família substituta, em 13 (treze) decidiu-se pela reintegração da criança recém-nascida à sua família natural e em 9 (nove) processos estabeleceu-se sua reintegração à família extensa. Houve ainda um caso em que a criança já havia sido reintegrada à sua família natural em momento anterior e a decisão determinou apenas a manutenção desta situação.

Gráfico 8: Destino final da criança determinado por decisão judicial



Fonte: Pesquisa documental, 2021.

¹²³ No trabalho, Isadora Simões de Souza analisa 12 processos de acolhimento institucional de crianças na cidade de São Paulo em que houve a realização de audiências concentradas. Nos nove processos que tratavam de crianças recém-nascidas, o tempo do acolhimento foi em média de 1 ano e 1 mês.

Em relação aos casos em que houve encaminhamento para família substituta, chama atenção um processo no qual tal encaminhamento foi determinado a partir de recomendação formulada após uma única visita técnica do Setor de Estudos Familiares (SEF) da VCIJ-BH à casa da genitora, sem que fosse realizada busca ativa de qualquer membro da família extensa da criança para identificar eventual interesse no exercício da guarda da criança. Neste caso, portanto, profissionais do SEF compareceram à casa da genitora, realizaram entrevistas com ela e suas duas filhas adolescentes e, em seguida, recomendaram o pronto encaminhamento da criança à família substituta. Isso se deu apesar de a genitora contar com diversos familiares na cidade de Belo Horizonte, alguns dos quais já haviam se responsabilizado anteriormente pelo cuidado de seus filhos.

Ademais, já tramitava processo de Medida de Proteção em relação a outro bebê da genitora, a partir do qual a equipe do SEF possuía pleno acesso a contatos de integrantes da família extensa da criança. Apesar disso, trecho do relatório de visita do SEF orientou: “Não existe nenhum familiar que possa acolher. E, por isso, sugerimos que ele seja, imediatamente, encaminhado para uma família substituta” (Pesquisa documental, 2021).

Nesse caso específico, o encaminhamento para família substituta foi posteriormente revertido por meio de recurso interposto pela família extensa. Observa-se, entretanto, a falta de preocupação da VCIJ-BH em relação à necessidade de manutenção dos vínculos familiares destas crianças, principalmente aquelas que têm histórico de terem sido submetidas a outros processos de medidas de proteção.

No que se refere à estigmatização, citamos outro trecho referente ao mesmo processo. Desta vez no âmbito do relatório conclusivo da unidade de acolhimento:

Sabe-se que cada indivíduo trás (sic) uma resposta diferente que dependerá de sua história de vida, da sua educação, sentimentos, conflitos, entre outros. Compreende-se então que a confiança possa estar diretamente relacionada a esta trajetória. Nessa direção foi possível verificar que R. vivenciou diversas ocorrências referentes aos seus filhos. O que resultou em importante perdas (sic). Perdas estas que trouxeram como prejuízo falta de convivência com alguns filhos, pouca de credibilidade no trabalho assistencial e a fragilidade no convívio com os familiares. A equipe técnica da Instituição pondera

que a carência ou falta de recursos materiais não sejam motivos para a destituição do poder familiar. Entretanto, não se pode admitir que a criança seja reintegrada na família natural, sob o risco de que seja exposta a situações de abandono psicológico, desamparo físico e material, já que os familiares nesse momento não reúnem as condições mínimas para cumprir seus deveres e obrigações. Compreende-se assim que, os interesses da genitora não podem sobrepor-se ao melhor interesse da criança. (...) Assim sendo, esta equipe técnica sugere que o infante seja encaminhado para colocação em família substituta. (Pesquisa documental, 2021)

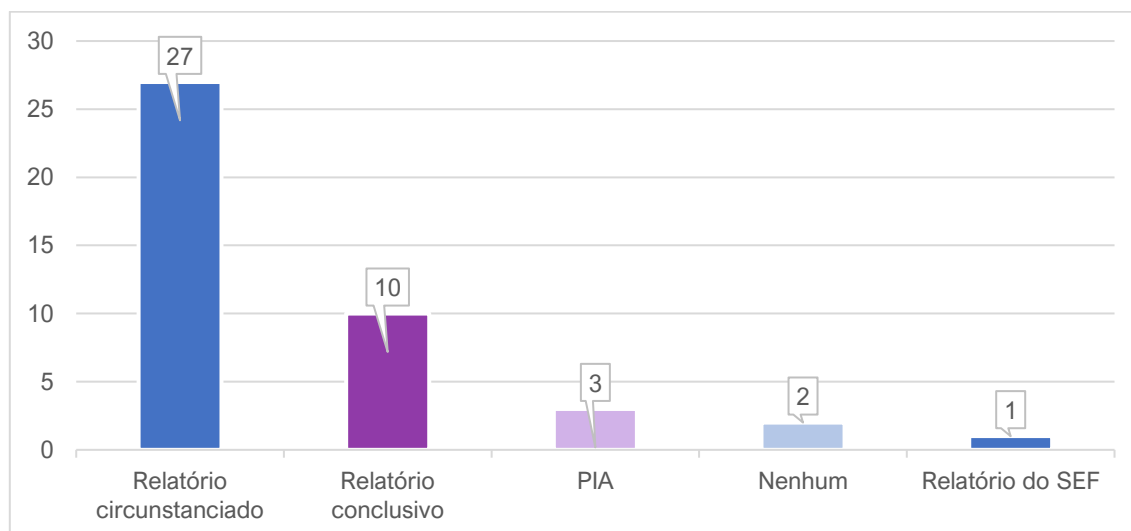
No trecho citado, há evidente julgamento moral da genitora por parte de profissionais da equipe da unidade de acolhimento, em que o encaminhamento da criança à família substituta configura como espécie de punição às “reincidências” relacionadas à instauração anterior de demais processos de medidas de proteção em favor de filhos(as) mais velhos(a) - o que ocorre também nas fundamentações das primeiras decisões proferidas no processo que determinam o acolhimento institucional da criança.

A.5.2 O embasamento da decisão final do processo e a utilização de condições relativas aos genitores como fundamentação

Dentre os 40 processos analisados, constatamos que em 35 deles as decisões finais seguiram o encaminhamento recomendado pela instituição de acolhimento, baseando-se majoritariamente nos relatórios circunstanciados, que são relatórios produzidos periodicamente pelas unidades de acolhimento, como prevê o ECA¹²⁴. O **Gráfico 9** a seguir apresenta essa informação.

¹²⁴ Conforme o ECA, em seu Art. 19, §1º.

Gráfico 9: Relatórios usados para a fundamentação da decisão judicial que determinou o destino final da criança



Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Nesse sentido, destacamos dois trechos alarmantes retirados de relatórios das unidades de acolhimento que influenciaram as decisões proferidas em um dos processos analisados:

No momento da visita, sra. A. estava nas proximidades de sua residência em companhia de outras pessoas o que levou a conselheira tutelar a inferir que ela estava fazendo uso de substâncias ilícitas (maconha). (Pesquisa documental, 2021, trecho de um Relatório PIA de 2015, apresentado como o primeiro relatório emitido pela unidade de acolhimento)

Mesmo com todo o interesse na guarda e vínculo afetivo existente entre A. e a filha L., a rede demonstrou preocupação quanto a continuidade de abstinência da genitora já que ela permanece mantendo vínculos com pessoas da comunidade que fazem uso de álcool. (Pesquisa documental, 2021, trecho de um Relatório circunstanciado de 2015)

Nos dois trechos transcritos observamos o julgamento da genitora não pela descrição de condutas praticadas por ela em relação ao uso de drogas, mas por suas relações interpessoais e pela mera localização em proximidade ao suposto consumo de tais substâncias.

Nesse sentido, destacamos a completa invasão da esfera privada da genitora, em que a unidade de acolhimento acaba sugerindo como

encaminhamento, para que seja possível a retomada de seu convívio com a filha, que esta mulher não mantenha relações de amizade com pessoas que fazem uso álcool, apesar de esta ser substância de consumo legalizado e disseminado no país. Nesse sentido, questões circunstanciais e alheias à genitora acabam sendo levadas ao processo como provas de consumo de drogas da mulher, e, em seguida, passam a ser reproduzidas em decisões judiciais.

A.5.2.1 A fundamentação da decisão final pautada nas condições da genitora

104

De todas as decisões finais proferidas nos 40 processos analisados, identificamos que 16 (dezesesseis) basearam-se em condições relativas às genitoras para definir o destino das crianças. Destas decisões, 9 (nove) apresentaram em sua fundamentação o uso de drogas realizado pela genitora após o nascimento da criança, 7 (sete) o consumo de drogas tanto antes quanto durante a gravidez, e 2 (duas) delas a não realização de pré-natal, e 1 (uma) devido a trajetória de rua, dentre outros motivos¹²⁵. As informações estão organizadas na **Tabela 6** a seguir.

Tabela 6: Critérios discriminatórios relacionados à genitora usados para a fundamentação da decisão judicial que determinou o destino final da criança

Instituição	Frequência
Uso de drogas após o nascimento da criança	9
Uso de drogas antes do nascimento da criança	7
Uso de drogas durante a gravidez	7
Outros	7
Situação habitacional	2
Condição de saúde física/enfermidade	2
Não realização do pré-natal	2
Situação de rua	1
Ocupação	1
Trajetória de rua	1

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

¹²⁵ A decisão que conclui o processo pode apresentar mais de uma das fundamentações elencadas, de modo que os resultados irão ultrapassar o número 16.

Em relação à opção “outros motivos” relacionados à genitora, em 2 (dois) processos a decisão foi motivada pela falta de aderência às visitas à unidade de acolhimento e aos encaminhamentos propostos. Além disso, houve 1 (uma) decisão fundamentada na não adesão a tratamento contra uso de drogas; 1(uma) por baixa frequência às visitas à criança; e 1 (uma) outra por uso abusivo de álcool. Ademais, 1(uma) decisão foi fundamentada na negligência para com a criança e permanência da genitora em relacionamento abusivo, situação que se associa a outro processo cuja decisão foi fundamentada pela falta de contato da genitora com a equipe da unidade de acolhimento e pela submissão desta ao companheiro, de forma que dita equipe relatou não conseguir realizar intervenções junto à genitora. Essa questão sobre relacionamento abusivo e violência doméstica remete ao exposto na [seção A.4.1](#) a respeito da fundamentação das decisões que determinam o encaminhamento da criança ao acolhimento institucional.

A.5.2.2 A fundamentação da decisão final pautada nas condições do genitor

Quanto às condições relacionadas ao genitor¹²⁶, sua presença nas decisões que finalizaram os processos foi consideravelmente inferior às condições relativas às genitoras, ocorrendo em 11 (onze) dos 40 processos analisados, assim como ocorreu em relação à análise dos dados referentes à primeira decisão prolatada nos processos de Medida de Proteção, que determina o encaminhamento da respectiva criança ao acolhimento institucional.

Dentre casos em que tais condições foram citadas, em 6 (seis) houve menção ao uso de drogas após do nascimento da criança, em 5 (cinco) foi mencionado uso de drogas antes do nascimento e em 2 (dois) dos casos, a decisão final citou passagem dos genitores pelo sistema socioeducativo ou carcerário, conforme a [Tabela 7](#) a seguir.

¹²⁶ Em geral, estas condições são apresentadas nos processos em conjunto com aquelas relativas às genitoras.

Tabela 7: Critérios discriminatórios relacionados ao genitor usados para a fundamentação da decisão judicial que determinou o destino final da criança

Instituição	Frequência
Uso de drogas após o nascimento da criança	6
Uso de drogas antes do nascimento da criança	5
Outros	4
Situação habitacional	2
Passagem pelo sistema prisional	1
Passagem pelo sistema socioeducativo	1

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

A respeito das “outras condições”, 4 (quatro) processos apresentaram diferentes condições: 1 (um) deles citou a violência doméstica praticada pelo genitor, 1 (um) afirmou que o genitor era agressivo, 1 (um) outro mencionou a baixa frequência de visitas do genitor à unidade de acolhimento e 1 (um) último afirmou que o genitor era negligente em relação à criança.

A.5.2.3 A fundamentação baseada na infrequência na visitação à criança na unidade de acolhimento

No que se refere à frequência de visitas à unidade de acolhimento pela genitora como embasamento para as decisões que concluíram o processo, constatamos em grande parte dos processos analisados que as unidades de acolhimento estabeleciam expectativa de visitas diárias. Entretanto, a maioria desses estabelecimentos se localizavam em áreas distantes das residências das genitoras. Além disso, as visitas tinham que ser realizadas durante horário comercial, período em que se esperava que estas mulheres estivessem trabalhando.

A.6 Correlação entre processo de Medida de Proteção, ação de destituição do poder familiar e ação de adoção

O precoce encaminhamento de crianças a famílias substitutas com vistas à adoção

Todos os dados expostos até o momento culminam, por fim, no fato de que, em meio ao trâmite dos processos de Medida de Proteção de acolhimento institucional de crianças recém-nascidas, é comum que tramitem conjuntamente ações de destituição do poder familiar e ações de adoção.

Nesse contexto, é verdade que a adoção pode ser um dos caminhos possíveis para efetivação do melhor interesse da criança, sobretudo em casos em que o cuidado da criança por parte da família natural ou extensa de fato não é desejado ou viável. De todo modo, é necessário atentar para o risco da aceleração de processos relativos a crianças recém-nascidas sob o pretexto de viabilizar sua adoção o quanto antes possível, o que será explicitado a seguir.

O fluxo adequado para que seja ajuizada ação de adoção, nos casos em que foi determinado o acolhimento institucional da criança, se inicia com a finalização do trâmite do processo de Medida de Proteção, a partir de decisão judicial proferida e embasada em relatório conclusivo produzido pela unidade de acolhimento, seguida de parecer conclusivo da equipe técnica do juízo no sentido de haver necessidade de encaminhamento da criança ou adolescente para família substituta (Vay, Glens, Schweikert & Oliveira, 2016). Somente após tais passos, poderia ser ajuizada a ação de destituição do poder familiar em desfavor dos genitores¹²⁷. E apenas após o trânsito em julgado da decisão que determinou a destituição do poder familiar é que poderia ser ajuizada a ação de adoção.

Contudo, o fluxo real desses processos tende a ser bastante distante do trâmite adequado estabelecido em lei. Essa realidade é apontada em pesquisa recente realizada pelo CNJ, que constatou que

¹²⁷ Conforme o ECA, nos Art. 155 a 163.

Apesar da Destituição do Poder Familiar ser legalmente compreendida como uma ação severa, que deve ser aplicada apenas em situações excepcionais, pesquisadoras identificaram em algumas realidades brasileiras, ocasiões nas quais ações de destituição ocorreram pautadas em avaliações subjetivas e sem a realização de ações de qualidade que auxiliariam as famílias no processo de cuidado de seus filhos, em especial no que toca a bebês que seriam mais rapidamente colocados em famílias substitutas.¹²⁸

Essa questão é evidenciada pelos dados coletados a partir da pesquisa do CNJ, os quais indicam que ações de destituição de poder familiar de crianças de zero a um ano são ajuizadas dentro de até 21 meses da instauração do processo judicial de Medida Protetiva, enquanto ações desta natureza relacionadas a crianças de 6 (seis) a 12 anos são ajuizadas em até 36 meses a partir do início da medida⁹⁶, o que aponta para maior celeridade no trâmite de processos de crianças mais novas, buscando destiná-las à rápida adoção. Ademais, foi observado que o tempo médio entre a entrada de crianças de zero a um no Sistema Nacional de Adoção, contado a partir do fim das ações de destituição do poder familiar e adoção é de cerca de três meses⁹⁶.

Nesse cenário, portanto, as famílias naturais e extensas das crianças são severamente prejudicadas com o encaminhamento precoce das crianças a famílias substitutas, que levam à precipitada criação de vínculos com os pretendentes à adoção em detrimento do fortalecimento dos vínculos já existentes com genitores e outros familiares. Cria-se assim, muitas vezes, uma dinâmica de disputa entre as famílias: família de origem *versus* família substituta, na medida em que a família de origem sofre com a possibilidade de ter de se conformar com o encaminhamento da criança ao acolhimento institucional e com o posterior exercício da guarda de sua criança com vistas à adoção por parte de família substituta (Vay, Glens, Schweikert & Oliveira, 2016).

Exemplificando essa realidade, na presente pesquisa constamos que, ao longo do trâmite do processo de Medida de Proteção, em 21 dos 40 casos analisados foi ajuizada ação de destituição do poder familiar, com média de

¹²⁸ CNJ. Destituição de poder familiar e adoção de crianças. Brasília, 2022.

ajuizamento de 9.19 meses após a instauração dos processos de Medida de Proteção. Dentre os processos em que houve o ajuizamento da ação de destituição do poder familiar, em 18 (dezoito) dos 21 casos, ele foi realizado antes da juntada ao processo de relatório conclusivo elaborado pela unidade de acolhimento. Ademais, em 11 (onze) das 21 ações, houve a suspensão do poder familiar dos pais biológicos da criança.

Por sua vez, em relação à conexão dos processos de Medida de Proteção com ações de adoção, dentre os 40 processos de Medida de Proteção analisados, em 17 (dezesete) casos a criança já estava sob guarda para fins de adoção no momento em que os autos foram consultados para esta pesquisa.

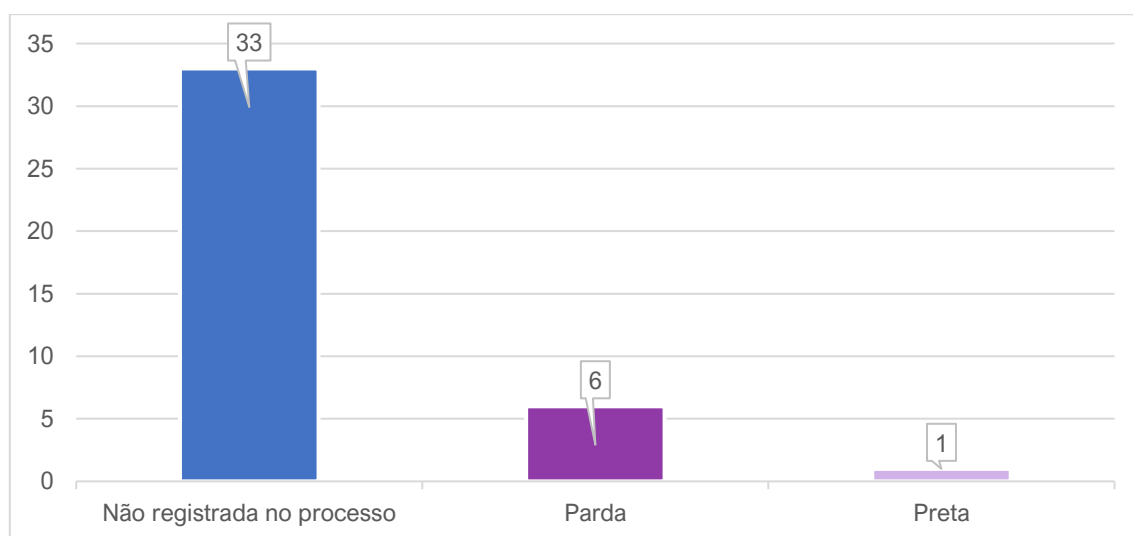
Por fim, em 14 (quatorze) desses 17 (dezesete) casos, a guarda era exercida por família substituta oriunda de cadastro nacional ou cadastro local de adoção, e em 3 (três) deles por família extensa da criança. Nesses casos, em média, o termo de guarda para fins de adoção foi expedido 6.12 meses após o ajuizamento de ação de destituição de poder familiar.

A.7 Dados relativos à genitora: raça e saúde mental

A.7.1 Informações sobre a raça da genitora

O estudo dos processos disponibilizados possibilita a verificação a respeito da escassez de informações sobre a caracterização do núcleo familiar no que diz respeito ao critério de raça.

Em 33 dos 40 processos medidas de proteção analisados não existe nenhum registro a respeito da raça da genitora da criança. Mesmo assim, é sintomática a constatação de que, dentre os 7 (sete) casos restantes, em 6 (seis) deles as genitoras são identificadas como pardas e em um dele a genitora é identificada como preta. O **Gráfico 10** a seguir apresenta essas informações.

Gráfico 10: Raça da genitora conforme registro no processo de Medida de Proteção

Fonte: Pesquisa documental, 2021.

Dentre os 8 (oito) casos em que há registro da raça da genitora, essa informação foi noticiada em 4 (quatro) casos por maternidades públicas, em 1 (um) caso pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), em 1 (um) caso pela Polícia Militar em Boletim de Ocorrência e em 2 (dois) casos por outros órgãos, quais sejam, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Disque Direitos Humanos (Disque 100).

Ressaltamos ainda que não constam informações sobre a forma de declaração adotada para o registro da raça da genitora: auto ou heterodeclaração.

A.7.2. Informações sobre acesso da genitora à RAPS e internações em CTs

Em 12 (doze) dos 40 processos de Medida de Proteção analisados, há registro de passagem da genitora por Centro de Atenção Psicoterapêutica (CAPS) ou Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

A partir dessa informação inferimos que, em alguma medida, os núcleos familiares compostos por genitoras que necessitam de cuidados em saúde mental recebem o acompanhamento de equipamentos que compõem, em Belo Horizonte,

a rede pública de atenção à saúde mental, a RAPS – conforme apresentamos na [seção 4.4](#) deste relatório, mas este número ainda é bastante reduzido.

A RAPS, como vimos, se configura como a base de sustentação da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental e ao Uso de Álcool e Outras Drogas, implementada a partir da Lei Federal 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), a partir da qual são ofertados múltiplos serviços e equipamentos voltados ao cuidado e atenção pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim, a RAPS se conforma em uma rede articulada composta pela Atenção Básica, Atenção Psicossocial (ou especializada), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, e Estratégia de Reabilitação Social, sendo, em razão de sua diversidade e capilaridade, capaz de suprir a demanda relacionada à saúde mental da população, tanto a nível local, quanto nacional.

Em 2 (dois) dos 40 casos analisados existem registros de que a genitora da criança tenha sido internada em comunidade terapêutica em algum momento de sua trajetória. Em um destes processos, instaurado em 2019, essa internação foi intermediada pela unidade de acolhimento institucional à qual a criança foi encaminhada em um primeiro momento, já que, em relatório circunstanciado produzido pela instituição, foi identificada a necessidade de encaminhamento da genitora para tratamento por uso prejudicial de drogas.

Em um primeiro momento, a equipe da unidade de acolhimento a encaminhou ao CERSAM AD Centro-Sul em Belo Horizonte, comumente conhecido como Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), sendo sugerido, a partir daí, que seu acompanhamento passasse a se realizar junto ao CAPS III em Santa Luzia, comarca onde então a genitora residia. Neste relatório, a unidade de acolhimento afirmou de forma genérica que a genitora “não deu seguimento ao acompanhamento” indicado, e a partir disso a equipe da entidade passou a buscar vagas sociais em comunidades terapêuticas em Santa Luzia a partir de contato telefônico, para sugerir a internação à genitora.

Embora a vaga social não tenha sido disponibilizada, a genitora concordou com o encaminhamento e foi internada, sendo que o avô materno, sua companheira e avó materna da criança arcaram com o pagamento da internação. A internação possibilitou a reintegração da criança à família extensa, a partir da expedição de termo de guarda ao avô materno e sua esposa, para que a institucionalização da criança não se prolongasse por mais tempo.

Como forma de comprovar a internação da genitora, foi anexada ao processo declaração assinada pelo então “diretor” da comunidade terapêutica, sendo alarmante a informação expressa de que o tratamento apresentaria “duração mínima de seis meses”. Lembramos que o *Relatório de Inspeção Nacional a Comunidades Terapêuticas*¹²⁹ evidencia casos graves e frequentes de internações nesses espaços que se iniciam na modalidade voluntária, mas que acabam sendo convertidas em internações forçadas, quando às pessoas internadas é negada a possibilidade de deixar a instituição quando expressam sua vontade a esse respeito.

Neste caso, por sua vez, consta nos relatórios anexados ao processo, que ela permaneceu internada durante todo este período de forma voluntária. Apesar disso, a unidade de acolhimento registrou em relatório pós-internação, datado de julho de 2020, que a genitora “relatou que o período de internação foi difícil”, não existindo quaisquer registros e detalhes acerca de como essa dificuldade mencionada pela genitora se conformava em seu cotidiano na instituição asilar. De todo modo, é importante ponderar essa afirmação frente a um contexto nacional em que diversas violações de direitos humanos são perpetradas em comunidades terapêuticas, como vimos anteriormente neste relatório.

Por um lado, e conforme uma visão estereotipada sobre o uso de drogas, a internação pode ser vista pelo judiciário como uma opção pelo tratamento e, nesse sentido, algo que poderia permitir a reaproximação da mãe e seu filho ou sua filha. Por outro lado, a internação pode significar o etiquetamento da mulher, que fica vinculada a um lugar de marginalização e criminalização associado ao uso de

¹²⁹ Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. *Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas* - 2017.

drogas. Dessa forma, a internação seria um dificultador ou até um impedimento para o exercício do direito à maternidade. Esse segundo desdobramento da internação aparece por diversas vezes nas entrevistas em profundidade realizadas com mulheres que perderam a guarda de seus filhos e suas filhas, como apresentaremos a seguir.

B | ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

“Eu canto muito bem, modéstia à parte. Componho, escrevo, faço poesia. E, assim, a arte me ajudou muito né? Em tudo que eu passei... Até hoje eu tenho que cantar para mim... para espantar os males... porque você ficar afastada de uma filha, depois de ter quatro filhos, sabe? É muito pesado. É um assunto que eu não gosto nem de falar, sabe?”

(Entrevista de pesquisa com Sueli, mulher cis, 44 anos)

114

Com o objetivo de conhecer de forma aprofundada a vivência em relação aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres usuárias de drogas que passaram pela experiência da maternidade e possuem histórico de acompanhamento em Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAM AD, nomeados na legislação federal como Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas – CAPS AD) do município de Belo Horizonte e em comunidades terapêuticas (CTs), realizamos entrevistas com doze mulheres.

Devido à dificuldade que encontramos para localizar e contactar mulheres com o perfil desejado, incluímos duas mulheres que não tiveram a experiência da maternidade até a época da entrevista, e que contribuíram significativamente com reflexões sobre direitos sexuais e reprodutivos, e uma que não havia passado por internação em CT, mas recebeu propostas de internação e as recusou. Assim, onze das doze mulheres entrevistadas estiveram, por períodos variados, internadas/reclusas em alguma comunidade terapêutica (CT) e dez das doze mulheres entrevistadas passaram pela experiência da maternidade.

Para chegarmos a essas doze entrevistadas, realizamos uma entrada em campo cuidadosa, que contou com participação de militantes antimanicomiais de Belo Horizonte. Dessa forma, realizamos três rodas de conversa (Afonso & Abade, 2008) com um grupo de apoiadoras com experiência em serviços de saúde mental, álcool e outras drogas para conversamos sobre o delineamento dessa etapa da pesquisa. Iniciamos as rodas com a apresentação do projeto e uma pequena discussão sobre o tema, o que gerou surpresa para algumas participantes.

Após esse primeiro momento, iniciamos, em conjunto com elas, a construção de um levantamento a respeito da relação entre as experiências dessas mulheres nos serviços de saúde mental e a questão dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres. Com modificações, esse documento se desdobrou em um roteiro para as entrevistas em profundidade¹³⁰, que foi aprovado pelo grupo participante como um roteiro que contemplava questões relevantes para refletirmos sobre a garantia de direitos sexuais e reprodutivos de mulheres na prática cotidiana dos serviços de atenção psicossocial. Cabe destacar que, para a realização das rodas de conversas, disponibilizamos e discutimos textos de referência sobre a temática, por ser ainda pouco explorada, mesmo entre mulheres com experiência no campo da política pública de saúde mental, álcool e outras drogas e militantes antimanicomial e antiproibicionistas.

A partir dessa entrada em campo, a identificação e localização das mulheres entrevistadas ocorreu com o auxílio de parceiras da luta antimanicomial, que indicaram mulheres que possuem histórico de cuidados em CERSAM AD, que já haviam passado por comunidades terapêuticas e que tenham vivenciado a experiência da maternidade em suas diversas formas. Na sequência, iniciamos os contatos telefônicos com essas mulheres, sendo agendado o encontro presencial com cada uma delas, em local sugerido por elas próprias.

As entrevistas foram realizadas entre fevereiro de 2020 e abril de 2022. O longo período justifica-se em função de dois fatores. O primeiro deles se refere à dificuldade em localizar e contactar as mulheres e o segundo, mais decisivo, se refere ao contexto de pandemia do COVID-19, que fez com que as atividades de campo da pesquisa precisassem ser temporariamente suspensas.

Ainda na fase de agendamento das entrevistas, outro fator que operou como dificultador são as condições de desigualdades sociais que fazem parte da realidade da maioria das mulheres indicadas para as entrevistas, inclusive em relação ao escasso acesso a meios de comunicação pessoal. Das vinte mulheres indicadas, onze não possuíam nenhum tipo de contato pessoal (número de celular

¹³⁰ Como optamos por realizar entrevistas em profundidade e as entrevistadas tinham um perfil heterogêneo, este roteiro não foi utilizado concretamente como um instrumento de entrevista, porém serviu para nos orientar ao longo dos encontros com as mulheres entrevistadas. Ele está disponível para conhecimento no [Anexo B](#).

ou contato residencial, tampouco e-mail), não sendo possível o acesso direto a elas. Das doze mulheres entrevistadas, nove possuíam algum contato (próprio ou de algum familiar) e três foram contactadas por meio de pessoas conhecidas. Em relação às desigualdades sociais, por meio dos relatos que veremos adiante, identificamos que a maioria das mulheres entrevistadas carrega histórias marcadas por violências diversas – abandonos, abusos e trajetórias de institucionalização.

Constatamos uma dificuldade para localizar junto às parceiras da luta antimanicomial, mulheres com o perfil e trajetórias demandados (mulheres com histórico de acompanhamento em CERSAM AD, com passagem por comunidade terapêutica e que tenham vivenciado a maternidade em suas amplas possibilidades). Esse fato nos levou a imaginar algumas questões, tais como: O que leva uma mulher a procurar tratamento em um serviço de atenção psicossocial ou em uma comunidade terapêutica? Essas mulheres encontram o que estão buscando nessas diferentes instituições? Como cada uma dessas instituições procura conhecer as histórias e trajetórias de cuidado das mulheres que atendem? São poucas as mulheres acompanhadas nesses diferentes espaços?

Algumas dessas questões nos orientaram ao longo do percurso da pesquisa e, por meio de entrevistas em profundidade (Minayo, 2010; Moré, 2015), levantamos informações acerca das experiências dessas mulheres nos cinco CERSAM AD de Belo Horizonte e em diversas comunidades terapêuticas (CT), sendo a maioria destas instituições instaladas no Estado de Minas Gerais. Algumas entrevistadas tiveram passagens por mais de uma CT, somando, no total, mais de 50 referências à diferentes internações.

As entrevistadas foram informadas sobre o objetivo da pesquisa e estavam cientes de que a participação era voluntária, com garantia de sigilo e que poderiam interromper sua participação a qualquer momento, se assim desejassem. Todas assinaram um termo de consentimento para que pudéssemos gravar as entrevistas, transcrever, analisar e divulgar os resultados. Eventuais gastos com deslocamento das entrevistadas foram repassados a elas, sendo a pesquisa caracterizada pela não geração de ônus financeiros às participantes. Algumas entrevistas foram

realizadas por uma dupla de pesquisadoras e algumas somente por uma das pesquisadoras, sendo que uma das pesquisadoras esteve presente em todas elas.

Atribuímos, de forma arbitrária, pseudônimos¹³¹ para nos referirmos às entrevistadas¹³², a fim de resguardar suas identidades, conforme o **Quadro 3**:

Quadro 3: Identificação das entrevistadas e duração de cada entrevista

ENTREVISTAS						
Entrevistadas (pseudônimos)		Idade (em anos)	Experiência de maternidade	Internação em CT	Tratamento em CERSAM AD	Duração da entrevista (em minutos)
E1	Sueli	44	Sim	Não	Sim	49'
E2	Carolina	32	Sim	Sim	Sim	25'
E3	Lélia	26	Não	Sim	Sim	18'
E4	Jaqueline	39	Não	Sim	Sim	61'
E5	Dandara	41	Sim	Sim	Sim	11'
E6	Neusa	34	Sim	Sim	Sim	45'
E7	Anita	41	Sim	Sim	Sim	93'
E8	Conceição	31	Sim	Sim	Sim	56'
E9	Tereza	41	Sim	Sim	Sim	41'
E10	Anastácia	38	Sim	Sim	Sim	30'
E11	Patrícia	34	Sim	Sim	Sim	111'
E12	Laudelina	38	Sim	Sim	Sim	95'

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras com base nos resultados da pesquisa (2022).

¹³¹ Os nomes foram escolhidos em alusão a mulheres feministas e a mulheres negras que marcaram a história do Brasil: Sueli Carneiro, Carolina Maria de Jesus, Lélia Gonzales, Jaqueline Gomes de Jesus, Dandara dos Palmares, Neusa Santos Souza, Anita Gomes dos Santos, Conceição Evaristo, Tereza de Benguela, Anastácia, Patrícia Galvão, Laudelina de Campos Melo.

¹³² Das doze mulheres entrevistadas, onze são cisgênero (cuja identidade de gênero está em consonância com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer) e uma é trans (cujo gênero que lhe foi atribuído ao nascer diverge de sua identidade de gênero).

A análise temática (Minayo, 2010) do material empírico teve início após as transcrições. Inicialmente ficamos em contato direto e intenso com o material, realizamos leituras flutuantes dos relatos, privilegiando a compreensão singular de cada entrevista e posteriormente, elaboramos um esquema provisório de interpretação. Na sequência, realizamos, de forma coletiva, uma leitura horizontal do conjunto dos relatos, estabelecendo relações entre as narrativas.

Esse movimento, em diálogo com o contexto sociocultural e com produções bibliográficas da área referidas anteriormente neste relatório, permitiu que emergissem quatro núcleos temáticos (Minayo, 2010), que serão apresentados a seguir. Os títulos e a definição desses núcleos temáticos, como veremos, foram constituídos a partir de recortes das narrativas das entrevistadas que representam o conteúdo que emergiu.

O primeiro núcleo temático trata da desigualdade de acesso a direitos e suas repercussões na trajetória das entrevistadas, sendo também uma apresentação dessas mulheres. O segundo abarca os relatos sobre como algumas instituições perseveraram na construção do cuidado enquanto outras se mostram indiferentes às necessidades dessas mulheres, produzindo violações de direitos. Já o terceiro núcleo temático se refere às construções de cuidado que buscam garantir o direito do exercício da maternidade; identificamos esse processo como uma aposta na autonomia dessas mulheres. Finalmente, o quarto núcleo temático abarca os relatos acerca da garantia ou da violação dos direitos sexuais nas diferentes instituições em questão.

B.1 “Parece que a gente não é tão humano igual, né?”: desigualdade de acesso a direitos e suas repercussões na trajetória das mulheres entrevistadas

Neste primeiro núcleo temático apresentamos uma síntese das trajetórias das mulheres participantes da pesquisa. Embora, obviamente, cada uma tenha um percurso singular e uma experiência de vida única, identificamos, por meio das entrevistas, que todas elas experienciaram dificuldades de acesso a direitos básicos em algum ou em diversos momentos de suas vidas.

Apesar de não ter sido um recorte intencional, ou seja, essa experiência não era um critério para inclusão na pesquisa, chamou a atenção o fato de que onze das doze mulheres entrevistadas estiveram (ou ainda estão) em situação de desabrigo. A trajetória de rua marca, de diferentes maneiras, a vida das mulheres entrevistadas, como veremos a seguir.

Nesse sentido, importa ressaltar que a ausência de moradia é frequentemente vinculada à negação de outros direitos socioeconômicos, como acesso ao trabalho, aos cuidados em saúde e à segurança alimentar, dentre outros (Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2015). Além disso, as pessoas com trajetória de rua vivenciam estigmatização, exclusão social e criminalização. Para as mulheres, a situação se agrava com o risco de violências sexuais e sequestros de crianças (Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2015).

Dandara, de 41 anos, à época da entrevista estava morando em um abrigo em Belo Horizonte e contou que passou quase 30 anos de sua vida nas ruas. Neusa, de 34 anos, relatou que até os 12 anos morou com a avó e depois disso foi para a rua: “aos 12 anos eu fui para a rua. Comecei a me envolver com droga, essas coisas. Saí de casa. Aí nunca mais voltei”. Tereza, de 41 anos, contou que chegou a “a morar na rua por causa de confusão dentro de casa por causa da bebida, né?”. Já Carolina relatou que viveu 26 de seus 32 anos na rua:

Na rua não é muito fácil pra mulher, né? Também já fui vítima de estupro, né? Já fiquei quatro dias em cativeiro sendo abusada por homens. E assim até mesmo eu morando aqui na rua também, já quase fui vítima também de estupro de novo, mas graças a deus não aconteceu o fato. Enfim, tem várias amigas minhas também mulheres que passou por isso. (...) Graças a deus fui pra minha casinha, tô lá, tô feliz, saí das ruas. (Carolina, mulher cis, 32 anos)

Na avaliação de Carolina, assim como de outras entrevistadas, existem poucos serviços voltados especificamente para mulheres usuárias de drogas e/ou gestantes e/ou que estão em situação de rua. Com poucos serviços públicos, o risco de as mulheres sofrerem violências, e não apenas nas ruas, aumenta. Como veremos adiante, Jaqueline, de 39 anos, foi para algumas CTs, onde não tinha seus direitos fundamentais respeitados pelo medo de ficar na rua: “Eu consegui ficar quatro meses [em uma CT], porque eu não tinha pra onde ir. O meu medo era ir

pra rua, porque eu não sabia me virar na rua”. Assim como Anita, de 41 anos, que afirmou que “era aquela coisa também: ‘ou você vai pra clínica ou você vai pra rua’. E eu tinha muito medo de rua”.

Ao considerarmos esse ponto em comum, a trajetória de rua, não pretendemos homogeneizar essas experiências. E, nesse sentido, lembramos da importância de não tratarmos dessa questão de maneira simplista, pois conforme Schuch e Gehlen (2012), é comum a correlação entre duas perspectivas a respeito do assunto, sendo uma delas pautada

120

pela visão de que estar na rua é um problema que requer intervenções e práticas de governo determinadas a suprimir tal fenômeno a partir da simples retirada das pessoas da rua e [a outra] pautada num diagnóstico de causalidades macroestruturais, que subentende as pessoas em situação de rua como os sujeitos da “falta”. (p.12)

Os autores comentam ainda sobre os desdobramentos dessa tendência:

Embora trabalhem com perspectivas de causalidades diferenciadas – a primeira através da individualização da questão e a segunda através de seu deslocamento para a esfera macroestrutural, ambas as abordagens retiram a complexidade da agência dos sujeitos, tornando a rua um espaço ontológico da exclusão por excelência e/ou entendido unicamente a partir da lógica das necessidades de sobrevivência. (p.12)

Todavia, destacamos que nas falas das entrevistadas, na maior parte das vezes, a rua apareceu como espaço em que as políticas públicas são ineficientes ou inexistentes, indicando a falha do Estado em garantir direitos básicos, o que se desdobra na manutenção da lógica de exclusão dessa população: “Passei muita coisa na rua, e pra nós mulher na rua é difícil pra tomar um banho, pra poder trocar um absorvente, entendeu?”, como contou Carolina, por exemplo.

Outra instituição que marca da trajetória de vida de muitas mulheres que entrevistamos é o sistema prisional. Dandara, além de ter passado quase 30 anos de sua vida nas ruas, contou sobre o período em que esteve detida. Gestante, um de seus filhos nasceu quando estava presa, conforme ela relatou:

Ele nasceu num presídio onde permaneceu comigo [por dois anos e meio]. O juiz me soltou de tornozeleira, mas imediatamente soltou, também, um mandado. E aí eles buscaram o [filho] na casa de [um familiar]. E a única coisa que eles falaram pra ela: ou ela entregava ele ou ela ia presa, porque ela não tinha parentesco de primeiro grau com meu filho. E nunca mais eu o vi. Hoje ele já vai fazer 6 anos. (Dandara, mulher cis, 41 anos)

Carolina também esteve presa em um período em que estava grávida e não teve acesso aos cuidados básicos em saúde que poderiam garantir seus direitos sexuais e reprodutivos:

Eu quase nem fiz pré-natal, porque eu fiquei presa, entendeu? Eu fiquei presa. Então, fui presa, eu estava grávida dela com uns dois meses pra três meses, quando sai estava com seis meses já. Então quase não fiz pré-natal. (...) Mas dos outros meninos eu fiz todos meus pré-natal, tava morando na rua também. (Carolina, mulher cis, 32 anos)

Neusa saiu da casa de avó aos 12 anos e foi para a rua, no mesmo ano foi reclusa no sistema socioeducativo e, posteriormente, passou pelo sistema prisional:

Com 12 anos eu já fui presa. Fiquei lá um ano e pouco. Aí depois fiquei maior. Fui para a cadeia e fiquei uns dois anos presa, fora as outras vezes que eu ia e saía. E a última vez agora eu fiquei cinco anos. (...) Faz um ano que eu saí. (Neusa, mulher cis, 34 anos)

A trajetória de institucionalização de Anastácia, de 38 anos, também teve início com uma passagem pelo socioeducativo. “Minha história minha foi passada no... Passei um bocado na FEBEM. Passei um bocado em abrigo...”.

Anita, de 41 anos, não entrou em muitos detalhes durante a entrevista, mas indicou que havia sido presa mais de uma vez. Ela, inclusive, avaliou que existem diferenças entre prisões destinadas a homens e prisões destinadas a mulheres:

Quando eu fiquei presa e o meu ex-namorado ficou preso... Que isso... É completamente diferente. Eles têm tudo lá dentro. Tem televisão, jogo de bola. Eu não. Eu fui... Eu tive foi bomba de gás dentro da cela. Mulheres... Mulheres também sendo muito ruins com mulheres. (Anita, mulher cis, 41 anos)

Ela afirmou ainda que continua sofrendo preconceito por ter passagem pelo sistema prisional, o que dificulta, inclusive, o acesso a um emprego:

Hoje qualquer um consegue ver meu Infopen, que é... Número criminal. Muita dificuldade de arrumar emprego... Por ser mulher, também, né? (Anita, mulher cis, 41 anos)

Além de suas próprias passagens pela prisão, algumas entrevistadas também falaram sobre o aprisionamento de companheiros e outros familiares. Não adentraremos nessa discussão, mas é importante marcarmos que egressas(os) prisionais, assim como as famílias que possuem um ou mais parentes presos(as) e/ou egressos(as) prisionais enfrentam grandes adversidades na vida cotidiana. Podemos nos referir, por exemplo, à sobrecarga financeira relacionada com a dificuldade de acesso ao trabalho e o preconceito, além de possíveis adoecimentos psíquicos decorrentes de processos de humilhações e do estigma.

Algumas das entrevistadas trouxeram ainda elementos a respeito de suas infâncias e adolescências que nos apontam para as complexidades das relações familiares em suas histórias de vida. Na maior parte das vezes, observamos que as dificuldades também se relacionam à ausência de proteção social.

Lélia, de 26 anos, se referiu ao sofrimento decorrente da perda de figuras familiares durante a infância e juventude: “eu perdi minha mãe com vinte e um anos, perdi meu pai com três anos, aí eu senti depressão”. Na sequência ela começou a fazer uso de drogas e acabou sendo internada em uma comunidade terapêutica só para mulheres localizada em Belo Horizonte. Ela considera que ter uma referência no CERSAM AD atualmente é muito importante: “porque hoje em dia eu não tenho apoio de ninguém da minha família, né?”.

Jaqueline também destacou a perda de referências familiares como um ponto marcante em sua trajetória:

Estou em situação de desabrigo, moro nas ruas (...) eu não tenho mais familiares consanguíneos vivos. E estou dando um passo de cada vez. Acabei, devido a essa situação, me entregando ao alcoolismo e não foi legal. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Conceição, de 31 anos, estudou até a quarta série. Ela contou que iniciou o uso de drogas aos 12 anos e que sua adolescência foi “ruim”, gestando “um filho atrás do outro”. Ela tinha 14 anos quando ficou grávida pela primeira vez. Embora tenha passado longos períodos na rua, explicou que durante as gestações retornava para a casa da família. Assim que o primeiro filho nasceu, ele foi encaminhado para adoção, sem nenhum tipo de conversa anterior e com “autorização” da mãe de Conceição: “foi ruim para mim, eu envolvi mais com droga... eu revoltei mais”. Sua primeira internação foi aos 12 anos, levada pelo pai. À época da entrevista, ela contava mais de 28 passagens por esse tipo de instituição, “eu não ficava nem um mês”. Conceição teve dez filhos e apenas um deles não foi diretamente encaminhado para adoção após o nascimento.

Patrícia, de 34 anos, nasceu em Belo Horizonte, estudou até o segundo grau, mas não concluiu. À época da entrevista planejava concluir o segundo grau e iniciar um curso técnico. Estava residindo com os pais, mas relatou sobre momentos em que esteve em vivendo em situação de rua. Ela tem três filhos e perdeu um durante a gestação.

Neusa nasceu no interior de MG e quando tinha três meses foi entregue pela mãe à sua avó. No início de sua adolescência, como já mencionamos, ela foi para as ruas e logo entrou no sistema socioeducativo. Após uma gestação conturbada, seu primeiro filho foi encaminhado para adoção ainda bebê, mesmo tendo familiares dispostos a cuidar da criança e auxiliar Neusa. À época da entrevista, Neusa estava residindo com a família do pai de sua segunda filha, que está sob sua guarda.

Laudelina, de 38 anos, começou a fazer tratamento devido ao uso de drogas em serviço público quando tinha cerca de 17 anos. Sobre sua adolescência, ela ressaltou a relação com sua mãe:

Relação com mãe da gente é muito... ah, é muito primordial, sabe? E aí, a gente sempre teve uma relação complicada. Desde sempre. Então, desde sempre mesmo, desde quando eu tinha 12 anos, eu lembro das coisas... Não tinha conversa, não tinha diálogo, não tinha nada, sabe? E aí, isso foi só aumentando... com o passar do tempo isso não melhorou... Quando veio o problema, a gente não conseguia resolver, porque minha mãe não conversava comigo. (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Já Sueli, de 44 anos, relatou sobre os anos da sua infância em que presenciou violências cometidas pelo seu pai contra sua mãe antes de se separarem, ao mesmo tempo que falou sobre as dificuldades vivenciadas em sua própria relação com sua mãe. Aos 17 anos, Sueli foi morar com um companheiro, com quem teve dois filhos. Durante esse tempo, estava afastada da mãe.

O ciclo de perpetuação da violência contra a mulher em sua vida foi uma constante, conforme relatou durante a entrevista: “Eu basicamente não tive um homem que não me agrediu”. Sueli eventualmente ficava na casa de sua mãe, quando passava por situações de agressões de seus companheiros. Quando ficou grávida do quarto filho, foi morar com o novo companheiro.

Fui morar com ele por causa dessa relação ruim que eu tinha com minha mãe e tal... É difícil depois que você tem filhos estar morando também com mãe, ainda mais sendo a minha mãe. Aí eu saí da casa dela. Aluguei um barraco. (...) Aí eu ia visitar a minha mãe e conheci o [fulano]. Aí a gente passou o Natal juntos e tal. Aí eu acabei ficando. Achei mais confortável com as crianças também. Eu morava num barraco que eu tinha que tampar as panelas com pano, amarrar plástico pros ratos não mexerem, entendeu? Eu tenho essa coisa assim muito de muito mãe. Então eu não podia deixar eles ali e rejeitar um apartamento. (Sueli, mulher cis, 44 anos)

É importante ressaltar que Sueli destacou que, embora tenha desenvolvido uma afeição pelo companheiro, a princípio ela foi morar com ele por uma questão de vulnerabilidade socioeconômica. Apesar de trabalhar e ter fonte de renda, a falta de acesso a condições seguras de habitação, alimentação e a uma moradia digna para ela e seus filhos, como ela exemplificou, influenciou sobremaneira sua possibilidade de escolher um parceiro:

Eu fui morar lá por causa deles [dos filhos], entendeu? Eu não fui morar com o [ex-companheiro] por amor. Mas aí acabou construindo aquela ternura, né? Ele bebia e parou até de beber por minha causa. (...) Ele ficou quase 10 anos sem beber. Um belo dia ele resolveu beber de novo. E, foi assim, aquela bola de neve e acabou... Acabou desmoronando a família... (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Depois de um tempo, quando o companheiro voltou a beber e a ficar mais agressivo, Sueli voltou a fazer uso de droga mais intensamente, porém logo buscou o CERSAM AD – ela estava grávida de sua filha mais nova.

125

Era difícil porque ele bebia. E, pra mim, ficar em casa direto era difícil. Porque ele bebia, ele ficava muito difícil. Ele ficava violento. Ele maltratava os meninos que não eram filhos dele. Aí às vezes ele trancava a porta e meus filhos ficavam até na rua. E era uma condição assim muito difícil. Aí quando eu saía então, grávida, eu chegava, ele fazia eu dormir no chão. Ele não deixava eu comer, entendeu. Eu comia resto dos meus filhos, porque eu não podia comer. (...) Eu sofri muito com isso. Aí eu resolvi parar. E como até hoje eu faço. Eu não tenho recaída até hoje. Mas eu resolvi assim... focar mesmo em uma vida diferente né. (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Sueli e sua mãe residiam bem próximas, à época da entrevista, e, embora ainda tivessem uma relação difícil, se ajudavam. Por meio de orientações que conseguiu junto ao conselho tutelar, Sueli chegou ao CERSAM AD na sua última gestação. Destacamos que foi a primeira vez que ela acessou um serviço de saúde em que recebeu cuidados relativos ao uso de drogas. Conforme seu relato, o uso de drogas, antes de ter filhos, não interferia no seu cotidiano. Como veremos adiante, Sueli estava sem a guarda de sua filha mais nova.

É necessário ressaltar ainda a dimensão das violências em relação à identidade de gênero e à orientação sexual na história de algumas mulheres entrevistadas. Tais violências podem ser identificadas como tentativas de aniquilamento de subjetividades LGBTQIA+, um processo no qual, “cotidianamente, no Brasil, seres humanos são vítimas de discriminação, violências e assassinatos apenas por manifestarem orientações sexuais e expressões de gênero não heterocis” (Conselho Federal de Psicologia, 2019, p.12).

Em pesquisa realizada no Brasil em 2019, cujos resultados foram divulgados recentemente pelo IBGE, mais de 94% da população com 18 anos ou mais se

declarou como heterossexual. Esta é a primeira iniciativa de âmbito nacional a coletar esse tipo de dado entre a população brasileira e, na avaliação do próprio instituto, há subnotificação, sobretudo em função do preconceito¹³³. A pesquisa indicou que apenas 2,9 milhões de pessoas que se identificam como lésbicas, gays e bissexuais se sentiram confortáveis para realizar autoidentificação ao IBGE.

Conforme Bulgarelli et al. (2019), no relatório *Violência contra LGBTs+ nos contextos eleitoral e pós-eleitoral*, “a ausência de dados censitários oficiais sobre a população LGBT+ e de informações atualizadas sobre a variabilidade das experiências de violência faz com que grupos e coletivos empenhem seus próprios levantamentos” (p.10). Nesse sentido, as informações do IBGE divergem da estimativa de um dos principais órgãos representativo LGBT do Brasil, a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT) – a estimativa atualizada indica a existência de cerca de 20 milhões de pessoas LGBTQIA+, 10% da população¹³⁴.

Voltando às entrevistadas, Jaqueline retratou como os parâmetros sexistas, socialmente construídos, operam no controle e violação de corpos dissidentes:

Consegui me assumir mulher trans tem oito anos, mas eu nunca me vi um menino. Antigamente eu não me assumia mulher trans devido à família, devido a essas coisas... Respeito. Entendeu? Porque assim eles já aceitavam a condição da homossexualidade. Então já era alguma coisa. Mesmo assim eu sempre fui uma pessoa discreta, sabe? Então, quando eu cheguei ao ponto de mulher trans foi porque realmente... Deu, sabe? (...) Na minha época, a gente para se assumir homossexual, a gente tinha que andar em grupo ou então só se soltava na boate, porque do contrário, você apanhava na rua de turma, grupo. Quando você chamava a polícia, a polícia ainda te batia para você “tomar vergonha na cara”. Hoje não. Hoje se fizerem graça você chama a polícia aí “a lei te defende”... Mas não é assim que funciona, não. Mesmo assim por trás, nos bastidores, ainda tem muito ator podre. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

¹³³ Pesquisa Nacional de Saúde (PNS): Orientação sexual autoidentificada da população adulta, notícia veiculada pela EBC – Agência Brasil, em maio de 2022.

¹³⁴ Entidades projetam população LGBT sete vezes maior do que números oficiais do IBGE, notícia veiculada na Gazeta do Povo, em 20 de junho de 2022; 10% dos brasileiros são LGBTI, mas estão sub-representados na política, notícia veiculada no Brasil de Fato, em 19 de junho de 2017.

Tereza, de 41 anos, que nasceu no interior de Minas Gerais e residia em Belo Horizonte à época da entrevista, também apresentou em sua fala os impactos de uma construção social que vai contra a diversidade sexual e de gênero:

Na rua já fui muito questionada... “Como é que você tem uma filha? Você é homossexual e tal”. Só que a minha filha... O meu casamento foi mais ou menos arranjado pela minha mãe, que é a minha avó. Eu fui criada pelos meus avós. (...) É que eu sou homossexual desde criança, isso ninguém entende. Eu simplesmente virei a casaca na minha adolescência, mas isso por causa da sociedade, né? Receio, né? Família, amigos... É coisa, questão de sociedade mesmo. Minhas amigas com namorado. Eu não tinha essa mentalidade, né? Que “eu tenho direito de ser o que eu sou”. (...) Hoje em dia não passa nada batido para mim, não. E qualquer coisa eu procuro meus recursos, porque tem até... Nós temos além, temos advogados gratuitos, caso a gente seja, tipo, deturpada, né? A gente tem assistência. Tanto a questão LGBT, quanto a questão feminina mesmo. (Tereza, mulher cis, lésbica, 41 anos)

127

Como veremos adiante, a violência contra mulheres lésbicas, bissexuais e trans (mulheres LBTs) se reproduz de forma particular nas comunidades terapêuticas, um dos espaços que está em questão nesta pesquisa.

Destacamos ainda que apenas uma pequena parte das mulheres entrevistadas se referiu ao trabalho. Isso pode ter acontecido pelo fato de não termos perguntado diretamente sobre acesso ao trabalho, devido ao enfoque dado ao tema da pesquisa. Entendendo a entrevista como uma conversa com finalidade (Minayo, 2010), ao iniciarmos todas as entrevistas, explicitávamos seu objetivo e, por isso, o conteúdo que emergiu se aproxima diretamente dos direitos sexuais e reprodutivos. Das mulheres entrevistadas, duas se referiram à prostituição, que, apesar de ser descriminalizado, é, em regra, estigmatizado e precarizado. Todavia, consideramos que o fato de o trabalho não aparecer de forma significativa também pode ser mais um problema de desigualdade de acesso a direitos do grupo de mulheres participantes, como sinalizado pelas mulheres que se referiram à questão laboral.

Além disso, não fizemos uma pergunta fundamental que nos possibilitaria saber como as entrevistadas se identificam em termos de pertencimento racial. Todavia, podemos afirmar que a maior parte das mulheres que participaram das

entrevistas são mulheres negras, as que mais sofrem com as violências de Estado, notadamente a negação da maternidade (Passos & Silva, 2021).

Dessa forma, o trecho que dá título a este núcleo temático refere-se à entrevista com Dandara, pois buscamos, por meio de suas palavras, evidenciar as experiências narradas por todas as entrevistadas. Como vimos, Dandara é uma mulher que passou a maior parte de sua vida nas ruas, esteve presa e atualmente está com apenas dois de seus filhos sob sua guarda. Quando perguntamos para ela, uma mulher que fazia uso de drogas, como foi tratada nos espaços em que esteve, ela, sem meio termo, falou sobre o descaso, sobre a desumanização. E a desigualdade de acesso a direitos perpetua a desumanização dessas pessoas, sobretudo quando nos referimos às mulheres negras, ou seja, “animaliza, coisifica e objetifica”, o que possibilita o extermínio dessas existências e “justifica a indiferença diante de seu sofrimento” (Passos & Silva, 2021, p.83).

Nesse sentido, Lansky (2018) ressalta que

A resposta às lacunas e falhas da sociedade e ausência do Estado e das políticas públicas para todos aponta uma solução fácil, simplista e imediata das consequências da desigualdade social: ignorar esta mulher, dar alta hospitalar e abandoná-la, destitui-la como mãe, reter o bebê e estender esta pena a toda a família que produziu esta "mulher fracassada". O Estado e a sociedade eximem-se assim de qualquer responsabilidade, depositada apenas sobre os indivíduos, como se tivessem iguais oportunidades e todas as opções e feito uma escolha. Ao contrário, a maioria absoluta, ou quase a totalidade destas mulheres são vítimas da pobreza e da violência. (Lansky, 2018, p.195)

Essa breve apresentação das mulheres entrevistadas, configurando um primeiro núcleo temático, indica, portanto, que todas elas experienciaram em suas trajetórias de vida situações de desproteção e múltiplas violações de direitos que se relacionam de forma mais ou menos direta com a questão específica da violação de direitos sexuais e reprodutivos.

B.2 “Aonde eu ia, eles iam atrás”: insistência na construção do cuidado *versus* a indiferença

O trecho que intitula este núcleo temático, “aonde eu ia, eles iam atrás”, apareceu em um contexto em que uma entrevistada relatou sobre a atuação do Consultório de Rua, serviço ao qual estava vinculada, sinalizando as diversas estratégias utilizadas pela equipe para possibilitar um cuidado naquele momento. A mesma referência foi feita por outra entrevistada em relação ao cuidado que recebeu no CERSAM AD e, ainda, outra entrevistada descreveu a insistência do cuidado em uma maternidade pública.

Por outro lado, quase todas as entrevistadas descreveram situações de sofrimento intenso no período em que estiveram internadas em CTs, nas quais não tiveram acesso a nenhum tipo de cuidado ou assistência, ao contrário, foram vítimas de descaso e/ou de situações degradantes.

Assim, buscamos, a partir das narrativas, tecer elementos que possam contribuir para o entendimento sobre como se dá a experiência do cuidado ou sua ausência em diferentes espaços, com fundamentação na perspectiva do direito à saúde, dos princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e da Política de Redução de Danos. Ou seja, por meio das entrevistas, foi possível identificar elementos sobre os modos de organização e os tipos de “tratamento” ofertados nos diferentes espaços em que as entrevistadas estiveram.

Carolina, por exemplo, contou em sua entrevista que passou por uma “casa de recuperação”¹³⁵ e pelo CERSAM AD. Na casa de recuperação, ficou por uma semana e depois fugiu na companhia de duas outras mulheres que também estavam internadas. Sobre o cotidiano na “casa de recuperação”, Carolina relatou a dificuldade de permanecer no local, sobretudo devido à rotina repetitiva e esvaziada de sentido:

¹³⁵ Ressaltamos que as chamadas comunidades terapêuticas (CTs), no Brasil, são nomeadas de formas variadas: casa de recuperação, clínica terapêutica, clínica de recuperação, clínica especializada, clínica de reabilitação, centro terapêutico, fazenda. Algumas entrevistadas fizeram o emprego desses termos em seus relatos e optamos por manter, embora utilizemos o termo CT ao longo da produção deste relatório.

Era minha primeira vez e pra mim foi uma depressão, sabe? Em algumas partes é boa, mas algumas partes é muita exploração, entendeu? (...) É certo que a gente tem que fazer o nosso trabalho, né? Mas é muita exploração mesmo, a gente tem que fazer o serviço lá dentro e fazer o serviço de outras casas também. (...) A primeira vez que eu cheguei na casa, eu tomei um susto. Eu tinha que ir num quarto, [tinha] sapato até no teto, pra mim separar. Oh gente, que isso? Aí eu tinha que ficar pra separar sapato, pra fazer comida, pra arrumar casa. (...) Era acordar seis horas da manhã, aí nós fazia nossa oração, aí tinha o nosso café, aí era nove e pouca nós arrumava a casa toda, juntava nós três pra separar pra arrumar a casa, depois a gente ia pra cozinha, né? Aí a tarde nós tinha só uns dez, quinze minutos de sono, aí eu tinha que levantar de novo, fazer o mesmo procedimento e arrumar o café, depois fazer nossa oração, depois vem a tarde de novo mesmo procedimento de manhã. (Carolina, mulher cis, 32 anos)

Já Lélia contou que sua internação durou sete meses e o seu desligamento da instituição foi justificado em função de seu quadro de saúde. Assim, o “tratamento” foi interrompido ou não concluído:

Eu fiquei sete meses... num concluiu meu tratamento porque eu tava surtando lá dentro. Aí eu não deu pra concluir meu tratamento, não. (...) Eles me desligou porque eu estava surtando lá dentro. Tinha [profissionais], mas não resolvia nada, não. E a gente pagava mil reais pra ficar lá”. (Lélia, mulher cis, 26 anos)

Ou seja, justamente no momento em que Lélia estava precisando de cuidado, ela foi “desligada” da CT, porque estava “surtando”. Entendemos que esse tipo de solução, relatada não apenas por Lélia, configura-se como descaso ou omissão e relaciona-se com a indiferença que essas instituições demonstram em relação às pessoas, conforme constatado na pesquisa aqui apresentada e em inúmeras outras anteriormente citadas.

Ao se referir às diferenças de cuidado entre a CT e o CERSAM AD, Lélia apresentou um ponto importante sobre o acolhimento na rede de saúde mental em um momento que os laços familiares se esgarçam:

É diferente porque hoje em dia eu não tenho apoio de ninguém da minha família, né? Que todo mundo cansou de mim. Aí chega aqui [no CERSAM AD] eles tratam a gente como se a gente fosse da família. Que eu já ganhei presente aqui. Eles... Eles compravam um tanto de coisa pra mim. E é muito bom. (Lélia, mulher cis, 26 anos)

Lélia relatou ainda uma prática que remete ao procedimento do sistema prisional: para que pudessem visitar as pessoas que estavam internadas na CT em que esteve, os visitantes precisavam obrigatoriamente fazer “uma carteirinha”.

Tereza ficou quinze dias internada em uma CT mista, com quartos separados, localizada em um município do interior de Minas Gerais, como ela explicou: “É misto só que, assim, tem o quarto das mulheres e o quarto dos homens. Só que era só eu de mulher lá. Aí quando a gente vai dormir, o [responsável pela CT] tranca os quartos”.

131

Segundo seu relato, o tratamento foi interrompido, porque ela estava tendo uma crise e, assim como no caso de Lélia, a instituição não ofertou nenhum tipo de cuidado e ainda contribuiu para que ela passasse por uma situação de risco. Tereza saiu da clínica ao ter quadros de alucinações e não ter recebido nenhum atendimento adequado. Ela estava sem acesso a sua medicação e não havia profissional de saúde no local para realizar atendimento. O isolamento do mundo aliado à falta de comunicação fez com que ela não quisesse permanecer no local. Ela contou como chegou até esse lugar:

Foi através de conversa com as pessoas quando eu estava na rua. A conversa entre o pessoal da rua lá, aí começaram a comentar sobre o [dono da CT], a casa lá e tudo mais. Aí acabou que eu e um chegado, assim, de rua... Aí nós fomos para lá juntos. Aí... Só que eu estava sem a Nortriptilina e com pouco Diazepam. Aí eu tive alucinação. Aí eu saí correndo de lá. (Tereza, mulher cis, 41 anos)

Sobre o quadro de saúde que apresentou durante a internação, ela considerou que não tinha nenhum profissional na CT que pudesse auxiliá-la: “Lá não tinha como, não. Tinha como, não. Só ia me deixar mais doida. Eu já estava doida, já. Alucinada”. Em uma das noites, quando começou a “ver coisas” e já estava no quarto (que, conforme explicou, ficava trancado durante a noite) chegou a se machucar tentando sair: “Eu quase furei toda, porque eu quebrei o vidro, queria passar de todo jeito, sair do quarto. E vendo tudo quanto é coisa”. Ela pediu para que o responsável pela CT pegasse suas coisas para ela pudesse sair dali:

Aí o [responsável pela CT] pegou minhas coisas e eu fui ficar perambulando lá em [município do interior de MG]. (...) É perto do trevo, né? Lá na saída. (...) Não é dentro da cidade (...) A hora que eu peguei a estrada, a hora que saí, foi em uma madrugada... aí tem um bar lá 24h, aí eu enchi a cara na cachaça... Aí parei de ter alucinação, mas não parou, não. Só quando eu peguei a carona, que eu estava na estrada, dentro do caminhão, aí eu não tive alucinação, não. Eu cheguei em BH e também não tive alucinação, não. A alucinação parece que estava lá em [município do interior de MG] e por lá ficou. (Tereza, mulher cis, 41 anos)

Perguntamos para Tereza se ela já havia passado por algo parecido no CERSAM AD ou se já precisou de cuidados em situações que apresentasse quadro semelhante. Conforme ela explicou, isso já aconteceu e o tratamento foi diferente:

Eu precisei ficar no leito e algumas vezes eu fiquei no soro, tomando soro, pela abstinência. Dizem que a abstinência é pior do que o alcoolismo em si, né, porque você passa mal, tem alucinação. Em tempo de eu ter sido atropelada lá em [município do interior de MG], na rodovia. (Tereza, mulher cis, 41 anos)

Já Anita contou que em uma das CTs em que esteve internada, uma senhora chegou a falecer dentro da instituição. Anita acredita que a senhora não recebeu a assistência adequada diante do quadro que apresentava: “E ela sofreu uma abstinência muito forte de, acho que de cachaça. Que abstinência chega até a matar. Ela teve... Faleceu lá dentro”.

Por outro lado, Sueli salienta que no CERSAM AD recebia oferta de cuidado integral, enfatizando que quando era avaliada a necessidade de articulação de outro ponto de atenção da rede de saúde, ela era encaminhada: “Tratamento tipo que integral mesmo. Entendeu? Se eu precisasse de médico, eles me encaminhavam pro posto”.

Sobre as questões clínicas, Anita também ressaltou que percebeu uma abertura para tratar de determinados assuntos ligados à sexualidade no CERSAM AD. Deu como exemplo uma situação em que recorreu a uma trabalhadora do serviço em um momento de dúvida a respeito de um diagnóstico e sentiu a necessidade de orientação:

Eu falei: “[Fulana], onde que eu consigo esse remédio? Porque no Centro de Saúde eles falaram que nem sabe que isso existe”. “Anita, no UPA. Cê vai lá, fala o que aconteceu e eles vão te dar.” Então assim, tem, não tem problema nenhum. Não me trata diferente. Eu peguei sífilis. Infelizmente (...) Uma única vez. Morrendo de vergonha. Ninguém me expôs. Porque eles ficam sabendo né, o CERSAM com o Centro de Saúde tem o computador, sabe de tudo. Então eu fiquei até com vergonha do meu psiquiatra, que ele é gente boa pra caramba. E querendo ou não a mulher sofre um preconceito. O homem com sífilis é uma coisa, a mulher com sífilis é outra. “Ela é vagabunda”. “Ela não vale nada”. “Ela dá pra qualquer um”. (...) Então é foda. Eu fiquei mal, mal mesmo. (...) Eu não tenho mais, que eu tratei, graças a deus. Mas o preconceito é terrível. Eu mesma tive preconceito de mim mesma, entende? (Anita, mulher cis, 41 anos)

O relato de Anita é extremamente relevante, pois apresenta a perspectiva do acolhimento que recebeu no CERSAM AD, quando, ainda que com vergonha sobretudo em função do preconceito, sentiu-se à vontade para colocar uma questão delicada sobre o tratamento de uma infecção sexualmente transmissível. Ao que parece, Anita confiou que a equipe do CERSAM AD não a julgaria, ainda que ela própria reconhecesse seu preconceito em relação à infecção com a qual foi diagnosticada. Em seu relato ela trouxe ainda a reflexão sobre como o machismo dificulta esse processo para as mulheres, possivelmente interferindo na busca por tratamento e cuidado.

De acordo com Mateus Westin, infectologista e professor da Faculdade de Medicina da UFMG, mulheres jovens e negras representam o grupo mais acometido pela infecção. Dados do Ministério da Saúde divulgados em dezembro de 2020 mostram que essas mulheres, principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos, configuram 14,3% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes em 2019. “As mulheres são mais vulneráveis pela estrutura patriarcal e machista, que faz com que tenham uma dificuldade maior de negociação para o uso de preservativo na relação sexual”, conforme Westin. Ele afirma ainda que as mulheres negras são ainda mais afetadas, já que sofrem com o racismo institucional, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde e compromete a qualidade do atendimento¹³⁶.

¹³⁶ Universidade Federal de Minas Gerais, 2020. Infectologista alerta para aumento de casos de sífilis em 2021 - mulheres jovens e negras podem ser a população mais acometida por essa infecção.

Para Anita, “a única coisa que falta no CERSAM é teste de gravidez, que faz a gente ir lá no Posto de Saúde quando acontece alguma coisa”. Como os serviços acabam tendo particularidades em função da própria forma como os trabalhadores se colocam nesses espaços, diferentemente da observação de Anita, Neusa compartilhou sua experiência de ter descoberto que estava grávida no próprio CERSAM AD, onde teve acesso ao teste rápido após conversar com a trabalhadora que a acompanhava. Ela também destacou o suporte que recebeu durante a gestação:

Quando eu saí [da CT], eu desconfiei que eu estava grávida. Aí desconfiei, não quis ir ao posto fazer o teste rápido para ver se eu realmente estava e eu já estava indo ao CERSAM, né. (...) Falei para ela (profissional que estava na sua referência) que minha menstruação estava atrasada. (...) Aí ela foi e falou “Vamos fazer o teste rápido aqui?” e eu falei “Vamos, né.”. Fiz, foi batata. Aí nisso eu fiquei indo ao CERSAM. Eu grávida, indo ao CERSAM... A [referência do CERSAM AD] me acompanhando, o pessoal do posto de saúde também me acompanhando no ultrassom, pré-natal, tudo. Fiz tudo direitinho. Mesmo estando na rua, fiz tudo direitinho. (Neusa, mulher cis, 34 anos)

Neusa ficou internada em uma CT em uma cidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). De acordo com sua avaliação, “tinha a parte dos homens e a parte das mulheres, era mista. Então era muita bagunça lá, sabe. Era pior do que na rua”. Quando Neusa se internou, ela estava em situação de rua e já estava em acompanhamento no CERSAM AD, mas aceitou a ajuda de um conhecido, que se dispôs a pagar a internação: “Lá era pago. A gente pagava 150 [reais], fora ainda uma cesta básica que dava. Só que essa cesta básica a gente nunca via, né?”. Neusa permaneceu na CT por menos de uma semana:

Aí saí. Saí não, né? Fui expulsa de lá. Aí quando eu saí de lá, eu descobri que estava grávida. Mas eu já tinha sido expulsa de lá, sabe? (...) Ah, não cheguei a ficar nem uma semana. Nem uma semana eu cheguei a ficar lá, não, porque eu briguei lá e fui expulsa. Mas lá também não era um bom lugar, sabe? (Neusa, mulher cis, 34 anos)

Nas entrevistas, algumas participantes informaram que para se efetivar a internação nas CTs pelas quais passaram era exigido apresentar alguns exames,

dentre eles, o teste de gravidez. Elas indicaram ainda outros exames que foram citados:

Exame de sangue, fiz todos os exames de sangue e consegui entrar lá. Só depois dos exames. (Lélia, mulher cis, 26 anos)

Gravidez, sangue. HIV, não lembro. (Anita, mulher cis, 41 anos)

Teste de HIV. Exame de HPG, laudo psiquiátrico, laudo psicológico. (Conceição, mulher cis, 31 anos)

Exame de COVID. (Anastácia, mulher cis, 38 anos)

135

Sobre a obrigatoriedade de exames para a entrada em CTs, Patrícia falou sobre o momento em que estava gestante e procurando por internação em uma dessas instituições:

Eu já tive gestante nessa situação e não tinha. Eu não encontrei. Nem paga, entendeu? Assim, é difícil mesmo você encontrar alguma que aceita... Então, assim, tem que fazer o exame... O teste de gravidez é obrigatório antes, sabe? Tipo assim, tem muito, tem muitas coisas que te impede (...) Tem umas que você tem que ir em reuniões antes pra... Então... Assim, naquela, naquele momento que você tá precisando do tratamento é muita burocracia até cê chegar lá dentro, sabe? (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

Duas entrevistadas contaram que passaram por CTs que as aceitaram grávidas. Dandara ficou em uma CT mista, com casas separadas para homens e mulheres, localizada na RMBH. À época da entrevista, conforme a própria Dandara comentou, a instituição já não recebia mais mulheres. Ela relatou que foi para a CT após se encontrar com pessoas da instituição, que foram à cena de uso:

Eu tava muito debilitada nesse dia (...) sem comer direito na gravidez. Então assim, eu acho que eu fui mais pelo meu cansaço mesmo. Eles chegou a procurar uma conhecida. Eu falei “ah, tem dias que eu não vejo ela aqui”. Eles falou “porque a gente é de uma clínica e a gente veio pra buscar ela”. E eu falei “então me leva?”. Acho que falei foi até na brincadeira. (risos) E na hora eles me pegou, gente, e me levou. Eu já tava de barrigão já, quase perto de ganhar [filho], mas não aguentei ficar lá nem 15 dias. (...) É uma casa evangélica. Não tinha médico. (...) Eles não tinham muito o que fazer por mim, sabe. Então foi por isso mesmo que eu não aguentei e saí de lá. (Dandara, mulher cis, 41 anos)

Dandara saiu da CT em um dia que sentiu muita dor de dente e não teve acesso a nenhum tipo de assistência, nem dentro da própria CT e nem por meio de alguma articulação com um serviço externo:

É porque eu tinha muita dor de dente e lá eles... é uma casa evangélica, né, que sobrevive lá com doação, essas coisas. Então, assim, a abstinência da droga me fazia sentir mais dor ainda... Aí teve um dia que senti muita dor lá e eu falei “Não, eu tenho que ir embora usar. Se eu não usar eu vou morrer, eu vou enlouquecer de tanta dor”. (Dandara, mulher cis, 41 anos)

136

É importante destacarmos que Dandara expressou em seu relato a busca pelo uso da droga com forma de aliviar uma dor física intensa, que poderia ter sido solucionada por meio de outros recursos, caso a instituição em que ela estava internada não tivesse se mostrado indiferente.

Patrícia, embora já realizasse acompanhamento no CERSAM AD, também esteve internada em uma CT mista durante um determinado período da sua última gravidez. Ela ressaltou o despreparo das pessoas que realizavam o acompanhamento na instituição e explicou que mesmo estando em um município da RMBH, fazia o deslocamento para a capital, pois a CT não articulava outras possibilidades para a realização de seu pré-natal:

Igual essa comunidade que eu estive, que as pessoas não eram preparadas. Tanto que elas nem sabiam... Como eu estava gestante eu tinha que fazer... Eu tava fazendo alto risco aqui... da [maternidade referência de Belo Horizonte] (...). Essa comunidade era lá em [bairro de município da Região Metropolitana de BH]... Então... Assim... Eu tinha que tá vindo pra cá e essa moça (da CT) ligava pra minha mãe pra pedir pra minha mãe dinheiro de gasolina pra por no carro pra tá me levando... Me deslocando... entendeu? Sendo que lá eu fui pelo SUS, lá tem um atendimento lá, o pré-natal... Essas coisas... Mas assim... A clínica que tinha que ter isso já... Como se diz, ela tinha que ser legalizada, na verdade. Não era legal de ter assim. (...) Enquanto tem um pessoal da [outra CT] também, que é uma clínica... Então... Assim, já tem a demanda separada. Entendeu? Então cê já chega no posto não é pra tipo assim... Você pode tá vindo do Japão, mas se você tá ali dentro, vai ser atendida. (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

Patrícia contou que naquele período ficou sabendo a respeito de uma CT especializada no acompanhamento de gestantes, mães e bebês, mas por ser em

um município distante, que dificultaria sua saída, caso não desejasse mais permanecer na instituição, optou por não ir:

Ela chama “mães e filhos”... só que eu não quis ir pra lá... Como eu tava aceitando a gestação, eu tava muito assim, em idas e vindas. Eu fiquei com medo, porque ela é lá em... ela é em outra cidade... De ir pra lá e querer sair e não ter como, porque eu já me conheço e eu sabia que eu não ia ficar muito tempo. Então... Assim... Eu não quis arriscar ir pra essa não. Essa “mães e filhos” é só pra gestante e com bebê, só pra grávida. (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

No segundo momento dessa gestação, Patrícia retomou o acompanhamento no CERSAM AD. Ela contou que após sair da CT, a equipe foi até ela logo que soube que ela estava no território, na tentativa de vinculá-la novamente aos cuidados:

Eles [equipe do CERSAM AD] foram atrás de mim, sô... Sabe? Foram mesmo e eles chegaram e eles já pegam pela é pela artéria já (risos) já aborda já... Você fica assim... “Óh!” Você não tem nem como cê falar que não vai... Entendeu? “Que dia que cê pode ir? Ah não, vamos agora, vamos de uma vez, sô. Você tá aí, que não sei o que e tal”... “Então vamo!” (risos). Aí consegui e fui. (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

Além de Patrícia, outras três entrevistadas relataram ter iniciado ou retomado o acompanhamento no CERSAM AD durante a gestação. Todas salientaram a importância do cuidado em rede, onde o CERSAM AD, como ordenador do cuidado e em articulação com outros pontos da rede intra e intersetorial buscaram garantir atenção integral, visando as reais necessidades daquele momento.

Nesse sentido, é importante destacar a atuação da equipe de Consultório de Rua, que no município de Belo Horizonte, de acordo com informações disponíveis no site da Prefeitura Municipal¹³⁷, “são equipes de saúde que oferecem cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural” de usuários e usuárias “em busca da construção de um cuidado integral em saúde junto à população nesta situação”. A PBH informa ainda que “o serviço possui equipes multiprofissionais que se deslocam por meio de uma van e se propõem a

¹³⁷ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). Atendimento às Pessoas em Situação de Rua.

fazer ponte entre” usuárias e usuários e “os demais equipamentos da rede intersetorial (saúde, assistência social, educação, cultura etc.). O objetivo do serviço é reduzir danos no uso de álcool e outras drogas, fortalecer vínculos como estratégia de cuidado e melhoria da qualidade de vida dos usuários”.

Conceição lembrou que foi o Consultório de Rua que a levou para o CERSAM AD. Ela passou por 28 internações em CTs e ao ser perguntada sobre as diferenças entre o CERSAM AD e as CTs, respondeu: “no CERSAM não é obrigatório eu ficar, né? (...) E lá num precisa de trabalhar igual cê trabalha na comunidade terapêutica. (...) Se num trabalhasse ficava de castigo”.

Dandara iniciou o acompanhamento no CERSAM AD após o nascimento do seu último filho, tendo como principal referência de cuidado durante a gravidez o Consultório de Rua. Ela reforçou em suas falas a insistência do Consultório de Rua em acompanhar e oferecer o cuidado durante o período:

O Consultório de Rua foi na gravidez. Muito lindo, gente, o Consultório de rua. Eles são... Eles trabalha com... Eles são redutor de danos, né. Então, assim, aonde eu ia, eles iam atrás. “Dandara, tem que tá no dia da consulta”... “Dandara, cê num pode deixar de fazer um pré-natal, que senão o juiz vai entender que cê num quer ficar com ele”. Então, assim, eles lutou desde o começo. Eles luta até hoje comigo. Até hoje eles vêm, me acompanha aqui. Muito lindo mesmo o Consultório de rua é um... uma coisa muito importante pra gente. (Dandara, mulher cis, 41 anos)

Patrícia lembrou de uma vez em que a equipe do Consultório de Rua foi até uma cena de uso em que ela estava e avaliou a importância de ir “atrás” dela.

Desse dia em diante eu falei assim “não... pelo amor de deus”. Tipo assim... nunca... eu já vi vários pais de usuários indo em boca atrás dos filhos... Eu vivia falando “nossa, quem dera se a minha família se importasse comigo e viesse”. Sabe? Porque eles não me aceitavam em casa de jeito nenhum. E dessa maneira que eles agiram comigo... em diante... Eu passei a valorizar realmente o serviço... Sabe? Que foi, realmente... Foi um diferencial. Nunca ninguém fez isso... Sabe? Eles não precisavam fazer aquilo... Você entende? Se é estatística não precisa, porque você recebe do mesmo jeito... Entendeu? Então assim... Não tinha porque eles fazerem isso...se eles não quisessem realmente uma vida salva ali. Entendeu? (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

Por outro lado, algumas entrevistadas evidenciaram o controle e a vigilância das CTs, numa perspectiva de repressão, marcando assim um outro significado à ideia de “ir atrás”. Este se difere da perspectiva do cuidado a qual se referem ao movimento das equipes do CERSAM AD e do Consultório de Rua.

A fim de auxiliar o processo de compreensão sobre o cuidado e também a construção de intervenções especificamente no campo da saúde mental, Alves e Guljor (2013) elencam algumas premissas fundadoras que devem sustentar o cuidado nesse campo, dentre as quais destacamos duas: *a liberdade em negação ao isolamento*, ao considerar que para cuidar não é necessário afastar o sujeito de suas relações de convívio e que é preciso investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas; *a integralidade em negação à seleção*, ou seja, o cuidado deve abarcar projetos de vida e não intervenções reducionistas.

Ao propormos neste núcleo temático uma contraposição entre cuidado e indiferença, considerando o material que emergiu a partir das entrevistas, queremos destacar algo que ficou muito explícito para nós: o cuidado deve ser pautado pela liberdade, pela integralidade e pela perspectiva dos direitos humanos. E, além disso, uma situação de omissão, violência ou indiferença, pode estar escamoteada por um discurso moral ou religioso de cuidado.

Voltando às entrevistas e retomando o fio a respeito das práticas de controle e vigilância, Jaqueline destacou que esteve em uma CT de viés católico, na qual dentre outras violações de direitos, era realizada a prática de jejum obrigatório:

Toda segunda, quarta e sexta, você nem água tomava. (...) De meia-noite do dia anterior até seis horas da tarde. Depois do culto, eles serviam uma sopa. Não era nem sopa, era um caldo de legume, entendeu? (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Ela apontou que nas suas passagens por CTs observou e ouviu relatos de diversas punições, que eram também ancoradas no discurso religioso, em uma perspectiva moral e disciplinar. Em sua avaliação, as punições eram “muito pesadas”, conforme exemplificou:

Teve uma que eu achei absurda... Estava um frio de mês de junho. E interior... Se Belo Horizonte é frio, você imagina o interior de Minas. Ele mandou o garoto subir para o monte e o garoto ficou no monte ajoelhado, orando da meia-noite ao meio-dia. Uma chuva que Deus... O garoto, por fim, não aguentou, desmaiou. Aí desceram com o garoto carregado. Levaram o garoto para o hospital. O garoto ficou uma semana no soro. Quando a mãe chegou, entendeu, para poder ver o que tinha acontecido, eles ainda inventaram mentira, eu peguei... Foi até nos dias que eu... Eu peguei, chamei ela e falei “Não. Não foi assim, não. É... Deu dia de jejum, seu filho é hipoglicêmico, eles falam que Jesus tinha curado. Ele tinha um biscoito guardado debaixo do colchão, ele foi comer, viram ele comendo, botaram ele de jejum forçado lá em cima”. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

De modo geral, pelas experiências que teve, ela avaliou que um dos maiores problemas das CTs é que, uma vez que elas estão localizadas em áreas distantes

você é obrigado [a ficar] ali, porque eles ainda usam a religião em cima de você... e você, de repente, está em um lugar tão afastado que até você se defender, você já apanhou bastante. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Segundo o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP/MPF, 2018), uma grande parte dessas instituições tem “o isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido” (p. 12), modelo que viola o amplo conjunto de normativas do campo da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, sobretudo a Lei Federal 10.216/2001 (Brasil, 2001). Notou-se, a partir das entrevistas, que, além da localização de difícil acesso, outras estratégias foram utilizadas pelas CTs para manter as mulheres entrevistadas em situação de isolamento, como a prática de trancar os quartos mencionada anteriormente.

Algumas estratégias envolviam as famílias, como exemplificou Anita, ao relatar sobre um contrato em uma das CT em que ela ficou no Estado de Minas Gerais:

[O dono da CT] tinha o direito de, se você fugisse, de ir atrás de você. Chamar a polícia, porque o contrato dá esse direito a ele. O contrato que a minha irmã assinou. Só ela também podia me tirar. Minha mãe não podia, ninguém podia. (Anita, mulher cis, 41 anos)

Anita também se referiu à prática de “resgate”, ofertada por essa instituição, onde o contratante podia fazer essa opção. Conforme o relatório anteriormente citado (CFP/MPF, 2018), a prática do resgate é comum em algumas CTs:

A prática viola a determinação legal sobre a necessidade de laudo médico fruto de avaliação prévia e pode, inclusive, configurar crime de sequestro e cárcere privado qualificado, conforme o artigo 148 do Código Penal. (CFP/MPF, 2018, p.13)

Sobre as internações forçadas, Anita relatou que nessa instituição havia uma interna que possuía conhecimentos jurídicos e que tinha papel importante junto à equipe, uma vez que era responsável pela elaboração de documentos da CT, inclusive dos laudos e relatórios que solicitavam internações compulsórias:

Ela sabia de tudo, então ela trabalhava junto com ele. Ela fazia os relatórios, ela fazia os contratos e só mandava o psiquiatra assinar folha em branco. Então como ela tinha conhecimento em Direito (...) ela conseguia internação compulsória nesses interiores pra meninas de 18 anos. Ou meninas que só tem esquizofrenia ou alguma coisa, distúrbio de humor. (Anita, mulher cis, 41 anos)

Cabe salientar que a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001) prevê a internação compulsória como uma modalidade de internação que requer determinação judicial. Contudo, conforme detalham Coelho e Oliveira (2014), “a internação compulsória só poderá ser determinada nos casos previstos em lei”, sendo que:

Atualmente, há apenas as hipótese constantes dos arts. 99 a 101 da Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL, 1984). Trata-se de internação compulsória de portadores de doença mental quando cometem algum ato definido como crime pela legislação penal. Nesses casos, serão recolhidos aos hospitais de custódia em vez de serem encaminhados para a prisão. (Coelho & Oliveira, 2014, p.361)

Anita relatou que uma das saídas que encontrou durante o tempo em que esteve nessa CT foi se vincular como parte da equipe. Ela participou de ações de “resgate” das quais hoje se arrepende, mas que naquele momento foi um recurso diante da privação de liberdade, um modo de ter contato com o mundo externo:

Virei assistente de coordenação. Já tava totalmente... Mas eu já conhecia a clínica, já sabia dos procedimentos, aí eu consegui ir sobrevivendo lá da forma deles. Então cheguei a ficar com chave do portão, mas se eu fugisse eles iam me buscar, então não adiantava. Não adiantava. Comecei a fazer resgate, pra poder sair. (...) Hoje, que eu vejo o CERSAM, eu me arrependo de certas coisas que eu fiz. Mas se eu não fizesse outras iam fazer. Tipo pegar uma pessoa. Eu saía de madrugada pra poder pegar um resgate, uma menina à força. Aí ele [o dono da CT] tinha que ter uma mulher pra entrar. Até isso ele era cauteloso. (Anita, mulher cis, 41 anos)

Ela destacou que essa CT era destinada exclusivamente às mulheres e que, quando esteve lá, tinham cerca de trinta internas, incluindo adolescentes e idosas – situações que contrariam a legislação. Elas ficavam divididas em quatro quartos, em camas beliches: “E ali a gente tinha que ficar duas horas depois do almoço, trancadas sem poder sair, e aí ter reunião de Narcóticos Anônimos e assim, então, uma rotina muito ruim. Muito presa”.

As duas entrevistadas que permaneceram por maior tempo internadas nas CTs em que estiveram, assumiram atividades de trabalho durante o período em que deveriam estar em tratamento. Além de Anita, Laudelina, que esteve internada em uma CT localizada na zona rural de uma cidade da RMBH, também desempenhou funções de trabalho. Ela calcula que ficou internada oito meses nessa instituição e depois mais três meses internada em uma CT localizada na Região Sul do país, encaminhada pela CT da RMBH. A proposta era de que ela aprendesse a metodologia com a qual a CT trabalhava. Ao retornar para MG, ficou por mais cinco meses trabalhando na instituição:

Acontece que trabalhar na fazenda é assim: você trabalha dez dias e folga quatro. Nesses dez dias, você acorda às 6 [horas] e dorme às 23 [horas]. E eu cuidava da casa feminina. Eram 15 meninas que tinha lá na casa, na época. E aí, assim, eu era responsável pela casa, era responsável pelas atividades das meninas, pra designar trabalhos e era responsável por entregar o remédio, e era responsável por organizar a cozinha. Enfim, era responsável por tudo que tinha que dava, eu fazia. Era um serviço muito puxado, sim, e eu não podia mais ter atendimento, porque como eu fazia parte do corpo, da equipe, eles não podiam me atender. Então o quê que aconteceu? Fiquei sem tratamento. (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Com relação aos acompanhamentos que realizou no CERSAM AD em Belo Horizonte e em CAPS de outros municípios, Laudelina aponta três questões

relevantes que podem nos auxiliar a pensar sobre a questão da integralidade do cuidado: o sucateamento dos serviços públicos e o impacto na oferta de cuidados diante da falta de estrutura; a rotatividade dos profissionais; e a dificuldade de encontrar uma referência de continuidade dos cuidados. De acordo com suas palavras:

Mas eu acho que eles não têm uma estrutura pra oferecer, sabe? Eles são solidários ao que você, né, tá vivendo, mas, assim, é tipo assim: “Força aí, cara”, sabe? “Tomara que cê consiga.”... “Eu sei que cê vai conseguir.”... É tipo isso, sabe, a mensagem de força e fé. Não tem um direcionamento assim: “Olha, sabe, aqui tem um grupo de mãe, sabe, que a gente tá, não sei, sabe, tem um grupo de convivência pra fortalecer.”. Não sei, sabe? Não tem serviço pensado sobre isso. Não tem espaço pra isso. (...) Outra questão também que pegou muito nessa época, no início do tratamento... primeiro é você entende, né, eu acho, o que é que está proposto, que são as coisas que te atende. Até você entender você mesmo, o quê que te cabe, você vai as idas e vindas. Nessas idas e vindas são muitos profissionais que te atendem, aí é aquela coisa que você começa tudo de novo do zero. Tem que começar tudo de novo, contar toda a história toda novamente do começo, sabe, do meio. E aí às vezes você se entende melhor com um profissional, com outro você entende menos. Aí o profissional sai do lugar, aí você fica... à deriva. Sabe, essas coisas vão... São coisas que eu acho que atrapalha um pouco... na trajetória de tratamento. (...) É aquela coisa, o CAPS não me aceita, porque eu não estou em crise, entende? Eu chego lá e as pessoas, elas falam assim “Não, mas tem... É tipo assim, tem gente que tá pior do que você, então a gente não tá atendendo”. É sempre assim, sabe. Os atendimentos são sempre assim. Eu já passei por vários. Passei por [município da RMBH], passei aqui em Belo Horizonte e eu vi isso recorrentemente, sabe. Porque quando você começa a ficar firme com um tratamento e tal e fica melhor, você vai melhorando, a gente fica à mercê, a gente fica à deriva, porque você não tá nem tão boa que você não tá num patamar, sabe, de... Né, melhor mesmo que você consegue dar cabo da sua vida e trabalhar e conseguir, sabe, prender suas coisas de forma mais autônoma e não tá nem tão ruim que você tem um atendimento pra manter isso. Então, o que acontece? A gente acaba voltando, sabe? Fica esse vai e vem, sabe? (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Em consonância com a demanda apresentada por Laudelina, Anita se referiu ao grupo de mulheres que participava no CERSAM AD como uma estratégia de cuidado e vinculação importante. Ela destacou ainda a proximidade dos profissionais do CERSAM AD como algo fundamental, também avaliando de forma negativa as eventuais barreiras de estrutura que dificultam esses encontros, ponto que também apareceu nas falas de outras entrevistas. Sobre o grupo de mulheres, Anita contou que era um espaço em que, com suporte da equipe do CERSAM AD, elas tratavam de diversos assuntos:

Homossexualismo (sic), gravidez, estupro, tudo. Tudo, tudo. É isso que é bacana, né, que conquistou mesmo é cê poder falar de tudo e não ser julgada. De não ser reprimida, de eles te olharem diferente depois. Não. E muito, muito... Como se diz. Com discricção, com sigilo, sem expor a gente a nada. (Anita, mulher cis, 41 anos)

Em relação à diferença na interação com os profissionais dos CERSAMs AD e das CTs, um trecho da entrevista com Neusa contemplou o que foi falado por outras participantes da pesquisa:

Ali no CERSAM eles interagem com a gente, coisa que lá na clínica eles não faziam, porque para falar a verdade, nem monitor tinha. Monitor era uma pessoa, como eu que estava internada lá, que era minha monitora, entendeu? Então não tinha aquela coisa. Agora no CERSAM não, eles interagem, eles sentam, eles brincam, eles conversam, eles riem, sabe. Parece que a gente até já conhece a pessoa há anos. Totalmente diferente. (Neusa, mulher cis, 34 anos)

Anita relatou que já escutou que no CERSAM AD “você só toma remédio e fica dopado”, porém destacou que na sua experiência fez parte de um Grupo GAM – Gestão autônoma da medicação: “Eu sei todos os remédios. Eu sei o remédio que eu tomo, sei o que não posso tomar”, relatou. Ela se referiu, portanto, à uma perspectiva de cuidado que preza a autonomia. Por outro lado, em uma das CTs em que esteve, ela teve uma péssima experiência em relação à questão da medicação, que foi utilizada de forma inadequada:

Ali [na CT] eles manipulavam a família pra renovar contrato, pra poder dar mais medicação. Tanto que eu fiquei 6 meses travada no Haldol. Porque a minha irmã falou [com] o dono da clínica que eu dava nó em pingo d'água. (...) Então esse dono da clínica falou, 'vamo dá Haldol que trava ela'. (...) Quando eu descobri que tava tomando Haldol, comecei a jogar fora. (...) E quando começou a dar 6 meses eu vi que eu tava, né... comecei a tirar o Haldol. E essa menina que era interna também, falou: "Anita, eu vou te dar Biperideno". Que era um destravante. Sem ninguém saber. Ela me dava. Aí eu comecei a sentir eu mesma. Comecei a conseguir deitar... Eu não tinha posição com esse remédio. Eu tenho pavor do Haldol. Eu não tinha posição... Incomodava tudo. Você não podia destravar. Você entortava. (...) E aí eu comecei a ficar consciente, porque eu fui diminuindo os remédios... Até então eu tomava 12 medicações! (Anita, mulher cis, 41 anos)

Jaqueline contou que esteve internada em três CTs, sendo que passou um período internada em uma instituição localizada em outro Estado da Região Sudeste. Comentou que tem diagnóstico de epilepsia e que nas duas CTs evangélicas pelas quais passou teve crises em decorrência da suspensão dos seus medicamentos. Ela ressalta que nessas instituições era comum o emprego da crença religiosa como “tratamento”, na “perspectiva da cura”. Jaqueline, contudo, destacou que tem “uma criação super candomblecista”.

Nas outras duas [CTs] evangélicas eles pegavam os seus remédios, jogavam fora e falavam que Jesus cura. Agora, detalhe, eu sofro de epilepsia. Dei quatro crises em uma delas e seis na outra, entendeu? (...) Eles falavam que Jesus cura. Chegava, quando você estava passando mal, passavam um óleo na sua testa, orava, entendeu? E achava que você ia ficar bem ali. (...) Quando eles viram que realmente não teve condição, aí que chamaram uma ambulância e me levaram. Aí fiquei internada quatro dias no hospital do [outro Estado na Região Sudeste] e quando eu retornei para lá, eles me deram ainda o remédio durante cinco dias, depois falaram que não precisava mais. Você está me entendendo? (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Ademais, em confluência com dados de outras pesquisas, como a do IPEA (2017), em que se constata a existência de uma minoria de CTs que atendem exclusivamente mulheres, mesmo somado às CTs mistas (que atendem homens e mulheres), os números ainda são baixos, se comparado as que atendem somente o público masculino. No relato de Patrícia, ela explicou sobre:

Porque mulher já é... Já tem um pré-tratamento assim, tipo assim... um pré-julgamento de que... não vai dar certo...sabe? que mulher já é mais difícil de lidar do que o homem...o homem é mais tranquilo (...) Pelo fato de já ser mais difícil achar comunidade terapêutica feminina e muitas que trabalharam com feminina já reclama, já passa isso pra gente... “Nó, trabalhar com feminina é difícil demais, então cês podiam colaborar aí” Entendeu? Eles já chegam falando assim com nós. (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

O relato de Patrícia vai ao encontro da reflexão apresentada por Prado e Queiroz (2012), já mencionada anteriormente, de que as mulheres usuárias de drogas não apenas são estigmatizadas como “dependentes”, mas também como “desarrazoadas” e “indóceis”. Segundo os mesmos autores,

Importa lembrar ainda que a fundamentação religiosa da imensa maioria das comunidades terapêuticas reforça o lugar das mulheres como representantes do privado, do cuidado e da maternidade, sendo o uso abusivo de drogas, que rompe com esses lugares idealizados, visto como duplamente condenável. (Prado & Queiroz, 2012, p.308)

Conforme vimos, as mulheres entrevistadas, de certa forma, realizaram uma avaliação sobre as formas de tratamento que receberam em serviços abertos da rede de atenção psicossocial e nas instituições fechadas conhecidas como comunidades terapêuticas.

Retomando a discussão de Alves e Guljor (2013) sobre as premissas do cuidado em saúde mental, não podemos deixar de considerar que a maior parte das experiências pelas quais as mulheres passaram dentro das CTs são experiências de indiferença e descaso, regidas por uma perspectiva de vigilância e controle. Ou seja, os discursos religioso e moral justificam, com propósitos escusos, inúmeras situações de violações de direitos dentro das CTs em que elas estiveram. Utilizar uma medicação para “travar” uma mulher por seis meses e impedi-la de “dar nó em pingo d’água”, por exemplo, foi uma violação fundamentada em um discurso moral sobre cuidado dentro de uma CT. Assim como a suspensão arbitrária do uso de medicação, com repercussões graves para a saúde física e saúde mental, uma violação que foi narrada por mais de uma entrevistada, com amparo em discurso religioso. Por outro lado, os serviços abertos são apresentados como lugares em que um cuidado que respeite a liberdade, a integralidade e autonomia é possível, inclusive considerando as especificidades das

mulheres, como nos grupos e nas buscas ativas realizadas pelas equipes dos Consultórios de Rua e dos CERSAMs AD. Porém as mulheres identificaram que esses serviços enfrentam dificuldades estruturais que, muitas vezes, interferem de forma negativa no trabalho de cuidado que as equipes podem ofertar.

Considerando os direitos sexuais e reprodutivos, percebe-se que o trecho que abre este núcleo temático nos permite diferentes interpretações: ir atrás para cuidar, ampliar as possibilidades de existência, proporcionando a construção de projetos de vida, ou ir atrás para cercear, para limitar as possibilidades de agência, para “travar”? A seguir abordaremos como o cuidado se relaciona com o exercício do direito à maternidade, conforme as entrevistadas.

B.3 “Eu passei a amar mais a minha filha porque eu tinha esse apoio”: o direito de exercer a maternidade como uma aposta na autonomia

O direito ao exercício da maternidade foi um tema recorrente na maior parte das entrevistas realizadas, em especial quando as mulheres tiveram suas trajetórias atravessadas e fortemente impactadas pelo sistema de justiça, que, por meio do processo judicial, promoveu a retirada compulsória de seus filhos. Os processos de retirada compulsória de seus filhos são apresentados nas narrativas de maneira muito impactante. O racismo, o estigma decorrente do uso de drogas e o fato de terem estado em algum momento em situação de rua parecem ser categorias mobilizadas pelo Estado para retirar dessas mulheres o direito de serem mães.

Conforme já destacado em outras pesquisas (Haritavorn, 2016; Melo, 2018; Passos & Silva, 2021) a condição de ser mulher, mãe e usuária de drogas carrega um duplo estigma social. Além de recair sobre essas mulheres a imagem negativa sobre o uso de drogas presente em nossa sociedade, também lhes é atribuída a nomeação de “mães ruins”, que não cumprem com a expectativa idealizada sobre a maternidade, ideia que dialoga com uma certa visão essencialista sobre a condição feminina. Esse duplo estigma, percebido nas entrevistas, atravessa as relações que essas mulheres têm com suas famílias e outras instituições,

fragilizando ainda mais suas possibilidades de exercer direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar do estigma e o preconceito de sujeitos e instituições, podemos observar que quando os serviços de saúde se mobilizam e atuam no sentido de apoiar essas mulheres, articulando uma rede de proteção, o direito à maternidade, mesmo com todas as dificuldades inerentes às graves vulnerabilidades presentes nas vidas das entrevistadas, pode ser exercido e sustentado por elas. Conforme discutimos na seção anterior, o trabalho em saúde que busca a construção de uma rede apoio e proteção, sem dúvida, possibilita às mulheres e às suas famílias a construção de projetos de vida.

Porém, essa perspectiva infelizmente não é a que prevalece. Como vimos anteriormente, e inclusive na análise dos processos, muito facilmente o estigma de “mãe ruim” ou “fracassada” intercepta qualquer tipo de cuidado democrático e, conforme Passos e Silva (2021), institui uma política que “visa uma proteção dissimétrica legalizada”, ou seja, “separar o filho da mãe”, protegendo a criança e sentenciando “a mulher pela suposta incapacidade de cuidar de seu filho” (p.85).

Durante as entrevistas, muitas participantes se emocionaram e expuseram suas dificuldades e dores ao compartilharem as experiências de violações de direitos relativas ao exercício da maternidade. Elas estavam se referindo à dor de “perder pessoas vivas”, conforme Sueli sintetizou:

Pegaram ela na creche. (...) Os três. Foi ela [filha], o [filho] e o [filho]. Pegaram os três. (...) Aí eu fui buscar e não tava lá mais. Eles vão escoltados da polícia e pegam. Aí, fiquei sem chão né. O quê eu ia fazer sem meus filhos? Acho que de tudo que aconteceu, sabe? Até perdas de pessoas... assim num foi... é... tão forte do que cê perder pessoas vivas. Que quando morre, morre né? É. É difícil... É muito doído, porque... assim, cê perde as... as melhores fases né? Eu creio que eu já perdi as melhores fases dela. Bom, que até três anos foi muito maravilhoso. Mas eu preciso. Eu preciso tá com ela. E não importa quando for. Eu, eu sei que eu tenho que estar... [Voz embargada] Desculpa gente. (...) Até hoje eu tenho que cantar para mim... para espantar os males... porque você ficar afastada de uma filha, depois de ter quatro filhos, sabe? É muito pesado. É um assunto que eu não gosto nem de falar, sabe? (Sueli, mulher cis, 44 anos)

O processo de ouvir essas mulheres também foi difícil para as pesquisadoras. São devastadores os relatos de que ainda no hospital, poucas horas depois do parto, essas mulheres já eram impedidas de terem contato com seus filhos e suas filhas:

As mulheres gestantes que vivem nas ruas, que vão pra uma maternidade pra ter, pra ganhar seus filhos... chegar e nem ver o rosto da criança... e nem o juiz chegar e caçar a família delas mesmo, pra saber se quer a criança ou saber dela mesmo, se ela quer um tratamento, entendeu? E se elas têm condições de ficar com a criança... eles não perguntam. (Carolina, mulher cis, 32 anos)

149

Eu fiquei muito sozinha. (...) Eu acho que não foi legal e a minha filha nasceu e eles não deixaram eu amamentar ela. E não deixaram eu tirar ela do hospital. (...) E foi um sofrimento muito grande pra mim. Eu tinha que ir todo dia pra lá com os peitos doendo, grandes e não podia dar ela. [Chorando] (...) Eu queria ter aquele momento de mãe com ela, sabe? (...) (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Os relatos das experiências das mulheres entrevistadas sobre os processos de retirada de seus filhos parecem girar em torno da ausência de transparência, da insuficiência de informações. Por exemplo, Carolina tem 3 filhos/filhas, e contou que na primeira gestação, quando foi para a maternidade, chegou a tentar “fugir” do serviço diante da situação de ameaça que lhe ocorreu:

Fiquei lá uns quinze, uns dez dias internada, e eles queria tomar minha filha, o conselho tutelar, mas aí minha família foi e veio em cima, eles não conseguiram tomar ela de mim aí, aí eu tentei fugir, me... internou ela, me internou, aí deu alta pra ela e não me deu alta, aí eu fui peguei ela e tentei fugir com ela, aí eles ligou pra minha mãe, mandou minha mãe buscar e mandou eu pra fazer tratamento. (Carolina, mulher cis, 32 anos)

Já Sueli, durante a entrevista, refletiu sobre o que considera que poderia ter sido diferente se tivesse respondido ao que considerou que estava sendo esperado por sua família e pela justiça. Ela disse acreditar que se tivesse aceitado a proposta de internação em uma comunidade terapêutica, seus filhos não teriam sido abrigados, pois teria tido o apoio da família:

Não cura. Não cura. Entendeu. Eu acho que a luta tem que ser aqui fora mesmo. Eu arrependo de não ter ido porque eu não pude ter eles né. Porque se eu tivesse ido a minha irmã e a minha prima iam ser família extensa. Elas não quiseram ser família extensa porque eu não quis me internar. Aí eles teve que ir pra família acolhedora. Ir pro abrigo. (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Sueli foi a única entrevistada que nunca foi internada em uma comunidade terapêutica. Questionada sobre o que a levou a tomar a decisão de não ir para uma CT, Sueli compartilhou sobre os relatos de pessoas conhecidas que já passaram por internações nesses espaços:

Não tratam como dizem que... Como deve ser tratado, né? A pessoa foi... trabalhou demais. Tem gente que até já apanhou. Então não dá. Cê ficar ali... Dopado de remédio e, sei lá, pode acontecer até uma tragédia. Cê não sabe nem o que tá acontecendo dopado, entende. (...) Cê ficar lá... à mercê das pessoas. Isso tipo, é tipo um internato... Sei lá. Pra mim é tipo prisão, sabe? (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Embora, em sua experiência, Sueli considere que talvez uma internação pudesse ter modificado o curso dos acontecimentos, uma outra entrevistada relatou que a internação apenas serviu para reforçar o discurso de que ela não teria condições para exercer a maternidade. No caso de Laudelina, a internação foi, inclusive, utilizada pela sua família para subsidiar um processo que pretendia retirar de sua guarda duas de suas filhas.

Laudelina contou que chegou a questionar se o fato de “estar internada” não a “desqualificaria” para exercer a maternidade, mas que pessoas ligadas à uma comunidade terapêutica a convenceram de que não: “Muito pelo contrário. Isso aqui fala que você tem um problema e está querendo resolver e tal”. Porém, de acordo com a entrevistada, a internação acabou sendo usada contra ela: “Na verdade, atestou que eu tinha um problema e que é um problema que eles acham que não tem solução e tal”.

Mãe de quatro filhos e uma filha, Sueli contou que os dois mais novos foram “recolhidos” pelo conselho tutelar e direcionados para famílias acolhedoras. Após um tempo, o mais velho deles foi para o abrigo. Ela evidenciou ainda que o fato de fazer uso de drogas gerou interferências no tratamento que recebeu em um hospital filantrópico localizado em Belo Horizonte, onde teve a filha mais nova:

Os abusos começou aí, né? Até, até bem antes de, de recolherem ela. Desculpe, mas eu acho isso um abuso. (...) É porque eu dizendo, que foi assim, que eu era dependente química, eles não me trataram bem como deviam tratar lá no hospital, sabe? (...) Porque olha, eu num tava em uso de nada, entendeu? Eu não podia dormir com ela lá (...) E assim... Eu podia ficar só até cinco horas, porque eu era usuária. (...) Eles tinham medo, sei lá, de eu surtar e matar as crianças, uma coisa assim. Só que não... Eles não me conheciam. (...) Eu acho que eles tinham, pô, que me fazer um exame. Ver se eu tava em uso, né? Alguma coisa assim. Eu acho que é muito vago eles só falarem “não fica”, entendeu? Pra eles é muito conveniente, né? Apesar que eu num ia dar trabalho nenhum. Pelo contrário. Eu já cansei de até ajudar outras mães nos outros partos, então... É complicado. Todo dia ia pra lá e voltava... Chegava e me desabava de choro. (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Dandara passou vinte oito anos de sua vida nas ruas. Teve cinco filhos ao longo da vida, mas só pode manter contato com dois deles. Sobre os outros três, ela contou que dois foram retirados pela justiça e um foi criado por outra pessoa. Dandara relatou não ter recebido qualquer informação sobre os processos que levaram à retirada dos filhos.

Com relação aos serviços abertos e de base territorial da rede de atenção psicossocial, Dandara atribuiu ao Consultório de Rua uma importante função em torno da garantia de seus direitos, como o direito de ser mãe:

Agora o que eles me ajudava muito é... é, assim... me falavam muito sobre os meus direitos, porque às vezes eu corria deles, porque falava assim “ah não, eles tão querendo é saber a data certa que eu vou ganhar pra poder ajudar a tomar esse aqui também”. Eles não... falava comigo “Dandara, se você não quiser dar o seu filho é só você dizer que não, porque a sua palavra, o seu ‘não’ é que vale”. Então hoje eu tô com o [nome do filho]. Agradeço primeiramente a deus, a força que ele me deu, e o Consultório de Rua, que me ensinou que eu tenho força, que a minha palavra vale muito. E eu não sabia desse meu direito de dizer ‘não’. (Dandara, mulher cis, 41 anos)

O Consultório de Rua teve um papel importante de apoio para a sustentação da experiência da maternidade, conforme o relato de algumas mulheres como Patrícia e Dandara. Contudo, foi possível perceber nas entrevistas que as ações de retirada de filhos ou filhas anteriores ou de mulheres conhecidas produzem uma marcante desconfiança em relação ao Estado, o que parece dificultar a formação

de vínculos de cuidado entre mulheres, como Dandara e Carolina, e os serviços de saúde.

Conceição passou por hospitais e maternidades na RMBH e teve seus filhos e suas filhas direcionados para adoção. Ela passou por dez gestações e seu último filho, que é o único que não foi do local de nascimento direto para a adoção, nasceu dentro de um CERSAM AD: “Comecei a passar mal aqui dentro de casa. Meu pai ficou sem saber o que fazer, levou pro CERSAM. Levou pro CERSAM. Aí foi (não) deu tempo de chegar na maternidade não”.

152

A respeito dos espaços pelos quais Conceição passou pela experiência dos partos, ela marca como diferencial a atenção/apoio que recebeu dos profissionais. Sobre o hospital/maternidade em que avalia que foi “mais respeitada”, que recebeu a melhor assistência, refere que no local os profissionais: “conversavam um pouco mais comigo”. Aponta também como decisivo para sua avaliação a esse respeito, o tempo de contato com os/as filhos/filhas após o parto. Sobre esses dois aspectos (atenção/apoio dos profissionais e contato com os/as filhos/filhas) Conceição relatou que no último parto, o que ocorreu dentro do CERSAM AD que a acompanhava, “foi diferente porque, porque eles conversaram comigo, comunicou comigo, né?”.

Sueli começou o acompanhamento em um CERSAM AD durante a última gravidez e ressaltou: “lá eles foram bem claros... eles falaram ‘aqui...cê tem direitos’”. De acordo com ela, quando vivenciou a retirada dos filhos precisou de acompanhamento intensivo no serviço, ficando em hospitalidade noturna por um mês:

A minha psicóloga de lá [CERSAM AD] arrumou pra mim um abrigo familiar, pra onde eu fui com o meu filho de 25 anos. E a gente ficou lá um tempo. (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Na história de Sueli as marcas das situações de violência se parecem com um retrato que tem sido visto por poucos, como a profissional que articulou uma vaga em um abrigo de família, para que ela pudesse ir com o filho e cessar um ciclo de violência. Ela lembrou de um período anterior à retirada de seus filhos:

Mesmo tendo as minhas recaídas, se eu sáísse, cinco horas eu já tava de volta. De manhã, já punha todo mundo no banho. Subia esses morrão com a [filha] no colo, mas deixava na creche, cuidava direitinho, ia buscar. Tudo direitinho. Mas ele (companheiro à época), quando eu chegava assim, que ele queria me prejudicar, ele já não deixava ninguém ir pra escola, porque ele sabia que o pessoal (referindo-se ao conselho tutelar) ia tá em cima. Aí ele não deixava ir pra escola, aí me batia. (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Sobre a forma com que sofreu interferência em sua experiência de maternidade, Sueli foi categórica:

Eles querem te excluir de uma coisa que você não é excluída (...) Eu acho assim, pra pessoa te julgar, eles têm que saber seu histórico. (...) Eu acho que é difícil eles... A pessoa... só porque cê usa droga, cê tem que ser excluído da sociedade? Não existe isso. (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Sueli, à época da entrevista, cuidava dos 4 filhos – 2 deles já estavam com mais de 18 anos. Sua filha mais nova estava vivendo com uma família acolhedora e há 3 anos ela estava impedida de visitá-la. Há pouco tempo havia recebido a notícia de que o juiz faria uma reavaliação de sua família e estava esperançosa com a possibilidade de estar de novo com sua filha mais nova. A respeito de como tem sido esse processo, ela afirmou:

Tem gente que fala pra mim se eu não acho melhor, até meu psicólogo ali... Se eu não acho melhor ela ficar mesmo onde ela tá... Se não vai ser melhor pra ela... Eu falo: “Claro que não, uê. A filha é minha. Eu preciso da minha filha. Ela precisa de mim. Todo mundo tem que ter uma mãe”. (Sueli, mulher cis, 44 anos)

Laudelina avaliou que, em geral, não existe uma política que busque apoiar mulheres como ela, que tem vínculos familiares frágeis e em algum momento enfrentou problemas com o uso de drogas, para que desenvolvam condições para exercer seus direitos reprodutivos, incluindo o direito à maternidade. Pelo contrário, assim como outras entrevistadas, ela tem conhecimento de que existe uma prática estatal recorrente de separar as mães de seus filhos:

Não tem efetivamente uma coisa pensada pra esses casos, sabe? O que eles pensam é “resolver”, e “resolver” é tirar [a criança da mãe]. Sabe, eles levam do hospital!... (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Nesse sentido, as entrevistas nos fazem refletir sobre a afirmação de Passos e Silva (2021):

essa prática de retirada de bebês tem muito mais a ver com o controle dos corpos que o Estado promove com a população negra e pobre, seja pela manicomialização, pelo encarceramento ou pela morte, do que com a suposta proteção ao bebê. (p.88)

Laudelina engravidou nova e logo após se separou. Ao mesmo tempo, descobriu que estava grávida. Sem acesso a informações sobre direitos sexuais e reprodutivos e a políticas adequadas nesse sentido, se viu “perdida” e pode contar apenas com uma amiga:

Aí eu fiquei sem saber, completamente sem saber o que eu ia fazer. Fiquei bem perdida mesmo, bem perdida mesmo. (...) Uma amiga minha tinha [medicamento para abortar] e ela me deu. E eu lembro de ficar andando com esses comprimidos na bolsa. Assim, durou meses, sabe?... Sem saber o que fazer. E eu não tomei. Não tive coragem. E eu acabei até passando isso para outra amiga minha que engravidou. Enfim, que ela não podia ter filho. Enfim, uma outra confusão. (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Retomando uma das discussões apresentadas nos eixos orientadores desta pesquisa, a ideia de justiça reprodutiva, podemos refletir sobre o conteúdo da fala de Laudelina. Quando tratamos de direitos reprodutivos, é preciso reconhecer que ainda precisamos avançar a fim de contemplar com equidade as necessidades de diferentes mulheres.

Assim como Sueli Carneiro (2019), Loretta Ross (2007) e Angela Davis (2016), bell hooks (2019a) destaca que durante muito tempo (e ainda hoje), a questão do aborto ganha destaque em relação aos outros direitos reprodutivos:

Enquanto a questão do aborto foi e permanece relevante para todas as mulheres, houve outras questões reprodutivas que eram tão vitais quanto, que precisavam de atenção e poderiam ter servido para incentivar multidões. Essas questões iam desde educação sexual básica, controle pré-natal, medicina preventiva – que ajudassem mulheres a compreender como o corpo funciona – à esterilização forçada, cesarianas desnecessárias e/ou histerectomias e as complicações médicas que esses procedimentos causavam. De todas essas questões, mulheres brancas individuais com privilégio de classe se identificaram mais intimamente com a dor da gravidez indesejada. E destacaram a questão do aborto. (hooks, 2019a, p.50-51)

A autora não deixa de considerar que mulheres brancas com privilégio de classe não configuram o único grupo que precisa de aborto seguro, todavia, lembra que talvez essa não seja a única e talvez não seja a mais importante questão reprodutiva para inúmeras outras mulheres (hooks, 2019a).

Em que pese a consolidação normativa da concepção dos direitos reprodutivos como direitos humanos, há em curso discursos e práticas que defendem a ausência de direitos e autonomia do sujeito, com o argumento de que a procriação humana seria uma dádiva divina que não pode ser questionada. O direito das pessoas decidirem, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que época da vida, de forma livre e responsável, assim como o direito à informação, ao livre exercício da sexualidade e à reprodução livre de discriminação e imposição estão distantes das experiências das mulheres que participaram desta pesquisa.

Ademais, é importante retomar a perspectiva interseccional, apresentada como eixo orientador desta pesquisa, para pensarmos como, dentre as mulheres, algumas acabam sendo mais discriminadas que outras quando tratamos de questões sobre direitos sexuais e reprodutivos. Conforme Kimberlé Crenshaw (2002),

As justificativas para políticas que comprometem os direitos reprodutivos de mulheres pobres e de minorias, tais como a esterilização, o controle forçado da natalidade e a imposição de punições econômicas e outros desestímulos à gravidez, são, muitas vezes, baseadas em imagens preexistentes de mulheres pobres ou étnicas como sendo sexualmente indisciplinadas. Isso poderia ser enquadrado como discriminação interseccional, já que os aspectos da subordinação nessas imagens derivam, simultaneamente, de estereótipos de gênero preexistentes que apontam diferenças entre mulheres, baseados em percepções da conduta sexual e, também, de estereótipos raciais e étnicos, os quais caracterizam alguns grupos como sexualmente indisciplinados. Consequentemente, as mulheres que estão na intersecção desses estereótipos tornam-se especialmente vulneráveis a medidas punitivas, baseadas em como suas identidades são percebidas pelos outros. (p.179)

Um relato que destoa de outros e que nos convoca a pensar sobre a importância do trabalho das equipes de saúde foi apresentado por Laudelina, ao lembrar do nascimento de sua primeira filha. Ela contou que passou por um

processo em que teve apoio em uma instituição pública de saúde que a possibilitou compreender que poderia ter e cuidar de um bebê. Assim, Laudelina contou que passou a se reconhecer quando, dentre outros cuidados dirigidos a ela, as trabalhadoras do hospital a chamavam de “mãe”:

Eu aprendi a ser mãe lá no [hospital universitário localizado em Belo Horizonte], porque as enfermeiras, elas te chamam de “mãe”, né? (...) Eu ficava ouvindo aquilo, sabe?... Aí eu... “Oh, eu sou mãe”, sabe? “Realmente, é meu neném”, sabe? (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

156

Sua filha nasceu prematura e ambas ficaram internadas. Laudelina ficou um mês, mas a filha precisou ficar mais dois meses. Ela acompanhou a filha durante todo o tempo, e contou teve apoio da equipe do hospital ao longo desse período:

Não vou falar assim que a gravidez da [filha] foi planejada, mas depois que ela nasceu, foi muito desejada, sabe? Estar ali com aquelas pessoas no hospital foi muito importante pra mim, porque ali eu aprendi a ser mãe. (...) A médica me deixou internada um mês no leito, mas depois ela precisou liberar o leito. Aí eu ficava lá o dia inteiro. Eu podia ir, que eu era acompanhante, né? Eu ficava lá o dia inteiro lá. (...) Depois a gente foi pro canguru e tal, aí a mesma coisa... Até eu levar ela embora pra casa. (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Esse processo de cuidado possibilitado pelo hospital garantiu à Laudelina a criação de um vínculo com a sua filha e a interrupção do uso de drogas. Todavia, na sequência, após a alta hospitalar de sua filha, ela vivenciou outras inúmeras dificuldades, dentre as quais destacamos, sobretudo, a falta de uma rede de apoio:

E eu ficava lá, sabe, o dia inteiro dentro de casa, cuidando de casa, de menino e sem ninguém pra conversar, sabe. Era assim uma coisa bem... Porque vai deprimindo a gente, né. Assim, não é bom, não é uma coisa saudável, sabe. A gente não tem com quem conversar, com quem dividir as coisas, sabe. Planejar, resolver. (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Nesse contexto, sem o apoio de familiares, sem o apoio do pai de sua filha, sem acesso ao trabalho e a outros cuidados, Laudelina não teve as condições necessárias, para sustentar os imensos desafios de cuidar de sua primeira filha. Com tudo isso, e sentindo-se incapaz e muito culpada, voltou a fazer uso de drogas.

Esse sentimento [da maternidade] ele aflora, sabe? Eu acho difícil. Eu acho. Eu conheço pessoas que optam por não ser mãe, que não querem ter filho e tal, mas essa pessoa não tem aversão a criança, entendeu? O sentimento que eles querem imputar na gente, é que a gente tenha aversão a isso e que é isso que tá posto, entendeu? “Não, cê não tem que querer essa criança, não”, entendeu? “Cê engravidou aí, cê foi irresponsável, e agora quem vai ser punido é você”. (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Sueli e Laudelina, ao rememorarem suas histórias, marcam que a experiência da maternidade não é algo dado, natural, e que pode ser possibilitada quando a mulher encontra uma rede de apoio disponível, como, por exemplo, a equipe do CERSAM AD, que acolheu Sueli, e equipe do hospital público onde Laudelina teve sua primeira filha. Laudelina, à época da entrevista, estava com um bebê de quase um ano. Ela relatou que a filha está na creche e que ela “procurou todos os serviços que pudessem atestar que ela é uma criança bem cuidada, que ela tem acesso a tudo que ela precisa”. Laudelina também pontuou que estava realizando alguns trabalhos informais, para ter uma renda própria.

Ela não é negligenciada de forma alguma e que tem vários olhos pra poder afirmar isso, sabe? A menina [assistente social] pode passar aqui a hora que ela quiser, sabe? Qualquer um, na verdade, pode levar a hora que quiser, entendeu? Então, assim, ela tá na escola, sabe, ela vai nas consultas, ela... Entendeu? Tudo que eu preciso fazer, que entendo que eu devo fazer pra poder tratar dela da forma como ela merece, que deve ser, tá sendo feito, sabe. E quando eu tava grávida, eu fui e procurei o serviço, mas com esse intuito, nesse ponto de vista, sabe, já falando isso. Falei: “Oh, eu queria, sabe, que...”. Fiz cadastro no CRAS, essas coisas todas, entendeu? Porque é muito assim.. ah, não sei... A [nome da filha] sempre foi bem cuidada, gente, sabe, ela sempre teve na escola, sempre, sabe. (...) Então, assim, sabe?... Eu fico pensando, sabe, todas as argumentações que minha irmã fala comigo, nenhuma delas tá no processo. Por quê? Porque nenhuma delas é ponto pra poder tirar a tutela, trocar a tutela da criança, entendeu? Então, assim, elas tiveram que inventar coisas. Inventar coisas como: eu era moradora de rua e tal. Mentira. Mentira. Mentira, sabe? Eu levo os comprovantes lá de residência lá dos negócio de abrangência do posto de saúde, sabe? (...) Aí nós tamo aí, vivendo desse jeito. (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

Pelo seu relato, Laudelina transparece um grande receio de perder a guarda da filha, mesmo tendo todas as condições que lhes são exigidas, apresentando mais uma vez a já mencionada desconfiança que essas mulheres passam a ter em

relação ao Estado: “qualquer um, na verdade, pode levar a hora que quiser, entendeu?”.

Laudelina falou ainda sobre as dúvidas que podem atravessar uma gestação, notadamente o sentimento de fracasso que ronda, de forma específica, algumas mulheres:

Quando eu passei pela gravidez da [primeira filha], era uma mistura de rejeição com dúvida. Eu não sabia que eu podia querer aquela criança, sabe? Aquele monte de coisa que passava pela minha cabeça e não tem pessoas pra te orientar. Porque a gente precisa de ajuda, gente! E hoje em dia eu sei que precisar de ajuda não é feio, entendeu? Durante muitos anos eu fiquei achando que precisar de ajuda era atestar derrota, entendeu. Então eu ficava engolindo as coisas, sabe, passando por cima das coisas que estavam acontecendo, porque eu achava que era feio pedir ajuda, sabe, que eu estava atestando realmente que eu era incapaz, sabe? (Laudelina, mulher cis, 38 anos)

158

A respeito dessa construção da ideia da “derrota”, cabe lembrar das contribuições de Rafia Zakaria (2021), feminista paquistanesa, que chama a atenção para o fato de que “do colonialismo ao neocolonialismo, populações inteiras são desprezadas com essa imagem da mãe não branca fracassada, tida como evidência da inferioridade moral e da necessidade incontestável do altruísmo ocidental” (p.172).

Nesse sentido, é importante lembrar que em diversas entrevistas as mulheres relataram a possibilidade de contar com familiares para efetivar os cuidados com seus filhos e suas filhas e esse tipo de construção não foi levado em consideração pelo Estado.

Quando teve seu primeiro filho, aos 27 anos, Neusa recebeu auxílio de sua cunhada, que fez movimentos de tentativa de assumir a guarda do bebê. Neusa relatou que seu filho ficou um período abrigado e que durante esse tempo ainda tentaram a restituição de guarda ou que a tia do bebê (cunhada da entrevistada) assumisse a guarda. Essas solicitações foram negadas e o bebê foi encaminhado para adoção:

Aí quando minha cunhada foi lá, umas 2 vezes também, depois que eu saí da casa dela, ela foi lá umas duas vezes, viu ele, tentou pegar ele, pegar a guarda dele, mas não conseguiu. Aí eles pegaram e deram ele não sei para quem, porque eu também não autorizei darem ele, sabe. Ela falou que depois vai até me ajudar com isso, porque eu não autorizei a doarem ele, não. (Neusa, mulher cis, 34 anos)

No relato de Carolina, ela destacou que durante a sua primeira gestação ela foi presa, passando três meses privada de liberdade e sem ter acesso ao pré-natal, direito este previsto em lei.

Dessa primeira na verdade eu nem quase fiz pré-natal, porque eu fiquei presa, entendeu eu fiquei presa. Então, fui presa, eu estava grávida dela com uns dois meses pra três meses, saí tava com seis meses já. Então quase num fiz pré-natal. Entendeu? Mas assim foi tranquilo. Mas os outros meninos eu fiz todos meus pré-natal, tava morando na rua também. (Carolina, mulher cis, 32 anos)

Carolina tem três filhos. Ela contou que uma das preocupações da equipe do CERSAM AD que a acompanha foi em relação a sua moradia – ao que apontou, parece que o local de moradia foi também uma questão importante nas decisões de retirada de guarda. Com auxílio da equipe do CERSAM AD, ela morou por um ano e dois meses em um abrigo de família do município de Belo Horizonte: “Você vai pro abrigo pra ele (o juiz) não poder ter que tomar sua criança entendeu?”.

Nesse sentido, observamos que para além da política e das legislações, há algo nas construções dos projetos que se definem pelo direcionamento dado pelos profissionais de referência para as usuárias.

Nesse ponto, podemos constatar as graves contradições existentes nas políticas públicas. Se a equipe do CERSAM AD, como referido, tinha uma preocupação em conseguir um abrigamento que possibilitasse a construção de um projeto de vida com seus filhos, um outro profissional da saúde violou os direitos reprodutivos dessa mesma mulher:

Foi só quando eu tive o meu... o meu menino... o último eu... Eu fazia consulta lá no posto [centro de saúde de Belo Horizonte]... eu fui obrigada a ser ligada. Fui obrigada a ser ligada no doutor lá que nenhuma... nenhuma gestante gostava dele lá, nesse posto. Eu não lembro mais o nome dele. Sabe?... Ele me obrigou a ligar e ficava tipo me ameaçando e falando as coisas pra mim. Mas eu já não lembro mais o nome dele. (...) Ah ele falou... Ele me obrigou a ligar, entendeu? E eu... eu não queria ligar e ele foi lá me obrigou a ligar. Fez eu assinar o papel, um tanto de papelaiada, eu assinei sem saber de nada. (...) Fizeram a ligação e eu fiquei grávida depois, tive gravidez ectópica. Quase morri, fiquei duas horas na mesa de cirurgia. Perdi muito sangue, fiquei anêmica. Entendeu? (Carolina, mulher cis, 32 anos)

O relato de Carolina nos lembrou dos casos de esterilização compulsória, em especial o caso de Janaína Aparecida Quirino, que teve grande repercussão social e midiática no ano de 2018. A história de Janaína, em muitos pontos, se assemelha às trajetórias das mulheres entrevistadas. Apesar do caso de Janaína ter passado por decisões dadas por agentes da justiça que determinaram contra ela a esterilização coercitiva, segundo Viera (2018) “esse caso, ainda que possa ser considerado uma aberração jurídica, oferece uma amostra do impacto perverso que a profunda e persistente desigualdade causa sobre o reconhecimento das pessoas como sujeitos de direitos”.

Conceição, que teve o bebê dentro do CERSAM AD onde fazia seu acompanhamento, parecendo ser essa uma marca do vínculo de confiança que ela e sua família possuíam com aquele espaço, destaca a importância do serviço. Ela foi acolhida no CERSAM AD quando já estava com seis/sete meses de gestação – havia acabado de descobrir, através do suporte da equipe do Consultório de Rua. “Aí que eu aceitei ir pro CERSAM né, que eu descobri que eu tava grávida. Que eu aceitei ir pro CERSAM. (...) Com medo de criar neném na rua né?”.

Do acolhimento até o final da gravidez, Conceição, foi mantida em modalidade de permanência dia ou permanência noturna no serviço. Ela destacou que, para que ela retornasse para casa e assegurasse a permanência de seu filho, foram fundamentais as orientações da equipe do CERSAM AD e a intermediação da sua técnica de referência com sua família, além de as outras articulações com o núcleo familiar e a justiça. Refere que o CERSAM AD, nesse contexto, foi importante “pra conseguir que as coisas fossem diferentes”.

É necessário ressaltar que em momentos diferentes da entrevista, Conceição se referiu aos efeitos da retirada de um de seus filhos e aos efeitos de estar com o filho mais novo próximo, convivendo com ele e contando com uma rede de apoio e cuidados organizada. A respeito da situação em que o filho foi direcionado para adoção direto do hospital ela disse: “Foi ruim pra mim porque eu envolvi mais com droga, né? Eu revoltei mais, eu revoltei mais”. Sobre o contexto de estar com seu filho, que há 3 meses, à época da entrevista, estava na casa, ela afirmou: “Agora eu tô muito feliz que eu tenho o meu nenenzinho né. Aí eu falo que a minha droga agora é ele. Minha droga e a minha rua agora é ele”.

A partir desses trechos da entrevista de Conceição, que apresentam similaridades com trechos das entrevistas realizadas com outras mulheres, é importante refletirmos sobre a relação do uso de drogas e o contexto socioeconômico-familiar, considerando uma perspectiva interseccional e tendo em vista que “a perspectiva de trajetória de vida é amplamente desfavorável às mulheres” (Bastos & Bertoni, 2014, p. 94).

As falas de Conceição parecem ilustrar como a falta de acesso a direitos, atrelados à exclusão e/ou à desvalorização social contribuem para a perpetuação de violência contra a mulher, sobretudo quando essa mulher faz uso de drogas. Acontece que o desdobramento comum acaba sendo, como vimos, a apresentação de

uma solução mais fácil, prática, eficiente de curto prazo em termos de proposta civilizatória: desistir, separar mãe e bebê, abrigar o bebê, encaminhar para adoção sob a pressão e o manto de proteção judicial. (Lansky, 2018, p. 202)

Por outro lado, a aposta em uma maternidade possível, parece reverberar como ampliação dos modos de organização, não apenas para Conceição, como também para outras mulheres que entrevistamos. De acordo com Lansky (2018),

O momento da maternidade enquanto processo de vida pode se tornar ainda uma possibilidade, uma chance, um momento de mudança. Pode ser uma vivência transformadora e, inclusive, um momento favorável para a abordagem de sintomas e apoio aos desejos de mudança. (p. 203)

Para concluirmos este núcleo temático, passamos a palavra para Patrícia, cujo trecho de entrevista nos convocou a pensar no título desta seção. Não obstante as dificuldades identificadas, por meio de sua narrativa, pudemos ter a dimensão da potencialidade que pode carregar o cuidado em liberdade e articulado com serviços diversos que tecem uma rede que se movimenta a partir das necessidades de assistência de cada sujeito:

No CERSAM eu percebi que realmente eles tavam assim... na minha cola. (...) Insistiam demais, sabe? (...) O pessoal empenhava em ajudar. Falava “Não, gente... você é capaz... por que que você fica nessa aí?”, “vai... vive a redução de danos, minha filha... para de ficar nessas... você tem uma criança aí e tal... quer usar, usa menos, então... escolhe uma outra droga pra usar que você não fica doidona assim” (risos). E eu... “por que a mulher tá falando comigo pra mudar de droga?” (risos) Sabe? (...) Fui entendendo qual que era o início de tudo... aí eu fui entendendo que eu tinha depressão... o que vem lá do passado, que é coisa e tal... por que que eu cheguei na droga? Fui vendo as coisas... fui entendendo os gatilhos que me fazia isso... aí eu fui evitando as coisas que me faziam... e nisso eu tô conseguindo até hoje aqui. (...) Quando a minha mãe conheceu o pessoal do CERSAM... eles ligava pra ela e falava “olha... aconteceu isso e isso... a Patrícia tá assim”... Porque eles falam, né? Pra família e tal, essas coisas... (...) Eles convenceram a minha mãe... (...) Eu passei a valorizar realmente o serviço [Consultório de Rua], sabe? (...) Eles chamaram o SAMU (...) “Já que não dá pra gente levar ela de hospitalidade noturna [para o CERSAM], vamos levar ela pro [hospital público]”. Fiquei lá, fui super bem tratada, bem atendida... Mesmo sendo caso de usuária de droga... (...) Tanto o [maternidade pública], o [hospital público]... sempre me trataram bem (...) me fazendo repensar, refletir, sabe? “É uma vida...”. Mas não com aquele julgamento... “você tá matando a sua filha”... Não! “Pensa pra você ver, é uma companhia pra você... é uma menina... Você já teve uma filha menina?”... eu “não...nunca”. “Então, olha pra você ver... Ah, sua família não te quer? Mas agora você tem uma parceira (...) você tem uma menina pra você cuidar”... Eles abordavam, assim, de uma maneira que realmente começou a me impactar e eu passei a amar mais a minha filha... porque eu tinha esse apoio... eu comecei a ver esperança, ver que tinha jeito, entendeu? mesmo se a minha família não me quisesse mais, se não quisessem me aceitar em casa... Mas foi muito importante eles me aceitarem de volta! Isso eu falo pra você... a gente vive em pé de guerra lá... Mas foi muito melhor. [Patrícia olha para filha e interage, conversa com a filha e com as pesquisadoras] (risos).

B.4 “Pode até ter alguém que não te aceite, mas é obrigado a te respeitar”: os direitos sexuais em questão

Os direitos sexuais relacionam-se com a possibilidade das pessoas viverem e expressarem a sexualidade de maneira livre e sem serem submetidas à violências, à discriminações e à imposições, como vimos anteriormente¹³⁸. Nesse sentido, cada pessoa têm o direito de expressar livremente sua identidade de gênero e orientação sexual, de escolher parceiros(as) sexuais e de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha e/ou culpa, independentemente do estado civil, idade ou condição física (Brasil, 2009).

Por meio das entrevistas realizadas, constatamos que dentro dos serviços substitutivos de saúde mental existe um movimento importante que, embora não sem dificuldades, busca reconhecer e garantir os direitos sexuais ao passo que em comunidades terapêuticas e outras instituições, como hospitais psiquiátricos e abrigos, tais direitos foram, muitas vezes, violados.

Jaqueline foi uma das entrevistadas que relatou de forma mais contundente as violações de direitos sexuais pelas quais passou. Ela apresentou um importante relato sobre as violações de direitos de mulheres trans dentro das comunidades terapêuticas. E comentou, por exemplo, sobre as imposições feitas pelas próprias instituições para que pudesse ser internada, como a obrigatoriedade de utilizar “roupas de menino”, e sobre o assédio por parte de internos e trabalhadores dessas instituições.

Colocar uma roupa de menino me incomoda, sabe? Eu não consigo. Eu olho no espelho e não vejo um menino. As pessoas que olham para mim também não enxergam um menino, entendeu? (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Jaqueline passou por três comunidades terapêuticas localizadas em dois estados da Região Sudeste do país e em nenhuma delas teve sua identidade de gênero respeitada. Como ela contou, foi preciso mudar seu jeito de se vestir para ser aceita como interna nesses três lugares:

¹³⁸ Ver Seção 4.1.

Eu sou mulher trans, quando cheguei lá [na comunidade terapêutica gerenciada por um pastor] eu fui obrigada a me vestir de homem. (...) Lá [na comunidade terapêutica gerenciada por um diácono da igreja católica] também eu não pude ser mulher trans. (...) [Em outra comunidade terapêutica gerenciada por um pastor], o pastor, até então, se mostrou disponível: “vou ajudar vocês etc. e tal, mas infelizmente vocês não vão poder ficar vestidas de menina”. (...) Como sempre, não podia ser Jaqueline, de novo. Foi mais complicado e mais pesado, porque eu olho no espelho e não me vejo um menino. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Ela lembrou ainda que já esteve internada com outras mulheres trans, que também “eram obrigadas a se tornarem meninos, a retroceder”. Jaqueline ainda afirmou que não foi admitida em uma comunidade terapêutica destinada especificamente às mulheres: “A única casa feminina que tinha no interior do [estado] não me aceitava, porque eu era mulher trans, mas por lei, eu sou uma mulher. Entendeu?”.

Assim como Jaqueline, que se sentiu violentada com a exigência de se vestir de uma maneira que vai contra a sua forma de se expressar no mundo, Neusa, que esteve em outra comunidade terapêutica, narrou uma situação semelhante. Perguntamos para Neusa se ela tinha sofrido ou presenciado alguma violência física e ela falou sobre a necessidade de mudar o tipo de roupa que utilizava para permanecer na instituição:

Antes [fora da instituição] eu tinha a opção de vestir igual homem, né?... Então, a assistente social de lá virou e falou assim comigo “Você escolhe as suas roupas ou você vai embora”. Aí eu falei “Então eu vou embora”. E ela não gostava de mim por esse fato. Eles falavam que lésbica, esses trem assim, lá no meio não podia. Eles têm muito preconceito lá. (...) Eles falavam comigo “Ou você escolhe suas roupas ou vai embora”. Eu falei “Então eu vou embora. Pode ligar agora para o [fulano]”, que era o moço que pagava lá para mim. Eu falei “Pode ligar agora lá agora mesmo e falar para ele me buscar que eu vou embora”. Aí o povo arrumou um reboleiro lá, sabe, com ela lá. Aí eu acabei ficando. Mas ela não ia com a minha cara. A assistente social de lá não gostava de mim de jeito nenhum. (...) Sempre ela jogava piadinha, né. Ela sempre fazia reunião com nós lá, então ela sempre jogava uma indireta para o meu lado, né. Sempre. (Neusa, mulher cis, 34 anos)

De acordo com a já citada pesquisa do IPEA (2017), das CTs que responderam ao questionário, cerca de 90% afirmaram que internam pessoas homossexuais e em torno de 50% afirmaram que recebem para internação pessoas trans. Porém, nas CTs que foram etnografadas, foi constatada baixa tolerância em relação à diversidade sexual. A equipe de pesquisa considerou até mesmo que alguns desses espaços chegavam a ser “um perigo” para algumas pessoas internas, pelos relatos de agressão e assédio.

A respeito dos assédios, Jaqueline relatou que na segunda comunidade terapêutica em que esteve internada, teve problemas com outros internos e com um dos trabalhadores. Esses assédios a fizeram, inclusive, sair da instituição:

Não é porque eu sou mulher trans, ou no momento eu estava vestida de menino, mesmo por dentro continuando a ser [Jaqueline], que eu tava lá dentro pra fazer sexo. Eu sei até onde eu vou. Entendeu? Eu sou uma pessoa de 39 anos. Não é assim que funciona. Por quê? Por que a pessoa é gay... por que ela é trans... por que ela é lésbica... que ela tem que fazer sexo? (...) Só que, assim, eu me estressei com um dos técnicos de lá, entendeu? Porque ele ficava na perseguição, porque dava meu momento de folga e eu ficava sentada conversando com os meninos na sala de convivência e ele começou com perseguição, sabe? Aí assim, eu sou uma pessoa supertranquila, mas eu cheguei em um ponto de querer ficar agressiva, então para não agredir, eu pedi para sair. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Além disso, contou sobre situações de humilhação pública pelas quais ela e outras pessoas passaram, quando pastores, durante as pregações nos cultos em que todas as pessoas internadas eram obrigadas a acompanhar, condenavam explicitamente as orientações sexuais divergentes e as diversas formas de expressão de identidade de gênero:

O pastor cansou de usar o púlpito na hora do culto para humilhar as pessoas na frente de todo mundo. (...) Na hora da pregação ele já citava o nome da pessoa e falava: “Ah, está vendo aí, fulano? Que você fez isso e isso e isso”. É errado isso... É errado. Muito errado. Nossa, o homossexualismo (sic) então, como tínhamos eu e mais dois, quase todo domingo ele era jogado ao vento. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Humilhações públicas de outro tipo, mas igualmente violadoras de direitos sexuais, foram referidas por uma outra entrevistada (não iremos identificá-la neste momento, com a finalidade de resguardá-la) que esteve internada em uma casa vinculada à uma igreja evangélica com o objetivo de “recuperar mulheres com... na prostituição”, segundo ela. Conforme a entrevistada, como estava grávida naquele momento, não conseguiu nenhum outro tipo de cuidado e nem conseguiu ser internada em uma comunidade terapêutica. Por isso, foi parar na casa.

A supervisora nossa lá...ela era muito má... ela era muito má... (....) pra gente...sabe? (...) ela sempre teve ranço de garota de programa... não sei porquê que mulher que tem ranço de garota de programa vai trabalhar com/numa casa de reabilitação com mulher que quer libertar disso... então ela falava “aqui não é hotel...aqui não é hotel”... tratava a gente igual um lixo... entendeu? (...) no dia que era ela, era um inferno na casa, entendeu? Porque ela fazia a gente... assim... ela humilhava a gente (...) o tratamento com a gente não era digno... e outra coisa também... a gente tinha que mudar de lugar pra sentar na igreja nos cultos... que a gente obrigatoriamente tinha que ir... a gente tinha que sentar em lugares diferentes... porque... por causa dos maridos... ficavam doidos pra saber quem que eram as “Madalenas”... entendeu? Aquele desejo contido... sabe? (...) Então... assim... pra gente... isso arrasava com a gente. (...) No dia que a monitora levava que era o domingo... são dois/eram dois cultos... um na parte da manhã e um de tarde... (...) só que os lugares... era assim... tinha que mudar...porque acaba que em cada ministério tem um grupo de pessoas... eles conhecem uns aos outros... Aí vê... “ah... fulana...”... vamos supor... a [nome]... que era a supervisora... então todo mundo sabia que era ela e se a gente tivesse com ela, eles já sabiam de cara que eram as “Madalenas”... então não importava onde a gente sentasse, entendeu? (...) E os caras sempre procurando as “Madalenas”... Tipo assim... os funcionários mesmos, eles sabiam... eles ficavam “Nó...ali as ‘Madalenas’”... Eles iam lá [na casa] às vezes entregar o pão... Cê tinha que ver... Já olhava a gente assim já... tipo... “Ô... casa de recuperação pra mulheres que querem sair da prostituição”... Os caras tão lá... tipo assim... já imagina a gente pelada na mesa, entendeu? Igual um filé... igual um... uma carne na frente dele, entendeu? Então, assim... a gente era taxada... “Madalenas”... Madalena foi quem na bíblia? Cê sabe... era prostituta... é “Madalenas”... aí depois [mudou de nome]... mas todo mundo sabia que era “Madalenas”...porque o pastor [fulano] falou que era o ministério que ele mais gostava... que as mulheres ficavam puras de novo... entendeu? Ele defendia... biblicamente falando. (...) A gente passou muito preconceito nesse lugar aí... a gente passou muito preconceito. (Entrevista de pesquisa, mulher cis)

Não adentraremos em discussões específicas a respeito da prostituição, mas o relato da entrevistada nos convoca a pensar no estigma, na hipersexualização e no preconceito avassalador sofrido por essas mulheres dentro de uma casa que se afirma como espaço de reintegração à sociedade e que promove a “restauração física, emocional, espiritual, social, mental, familiar e profissional das mulheres atendidas” (Igreja Batista da Lagoinha, 2010). Percebemos que longe de ser um espaço de restauração emocional, essa casa, com amparo no discurso religioso, se configura como um espaço de produção e reprodução de diversas violências.

Por meio dos relatos anteriormente mencionados, identificamos que as humilhações públicas realizadas dentro das comunidades terapêuticas e em parceria com as igrejas, são fundamentadas na misoginia, na transfobia e na homofobia. Ao mesmo tempo em que violam os direitos das pessoas envolvidas, sustentam a prática religiosa de fortalecer um tipo de discurso e lucrar com um determinado tipo de trabalho, ao discriminar e estigmatizar.

Infelizmente foram pessoas que... não generalizo...sabe? Mas foram pessoas que não estavam preparadas pra trabalhar com dependente químico de jeito nenhum... com pessoas... gente... Era totalmente assim... Estavam interessados em outro tipo de coisa que não é nada a ver com a melhora mesmo da pessoa... era só a questão financeira mesmo... Então, assim... Era uma bagunça, era uma bagunça. (...) Ela era muito mesquinha com a gente em relação à comida... (...) Para fazer parte das estatísticas do ministério da igreja... Que era o que gastava menos e que dava resultado... Faziam o quê? Cortavam tudo da gente. A gente não tinha o que comer... (...) A motivação é totalmente financeira. Então assim... acaba que no início é de um jeito e depois muda, sabe? Muda tudo... e você tá ali perdido... o que que cê vai fazer? (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

Porque essa clínica era uma lavagem de dinheiro. (...) Foi onde eu sofri violência. (Anita, mulher cis, 41 anos)

Conforme identificamos nos relatos, muitas mulheres entrevistadas foram parar em comunidades terapêuticas porque não localizaram políticas públicas que pudessem acolhê-las adequadamente quando precisaram. Ao comparar as políticas públicas pensando na assistência destinada aos homens e às mulheres, Jaqueline identifica algumas disparidades; nos abrigos, por exemplo, ela considera que “sempre é tudo voltado para o público masculino”. Talvez por essa questão

Patrícia chegou a afirmar que “preferia ficar na rua do que ir pra um abrigo... olha pra você ver... tem gente que ficava uma semana sem banho... mas não ficava [em abrigo]... preferia do que... entendeu?”.

Com a escassez de recursos para o público feminino, Jaqueline contou que tanto em Belo Horizonte como em outro município chegou a fazer uso dos equipamentos destinados ao público masculino. Essa escolha, contudo, foi pautada pela impossibilidade do acolhimento adequado e teve como desdobramento situações de assédio e até mesmo de violência sexual:

Fui para um abrigo em [bairro de um município em outro estado da Região Sudeste] e lá voltei a ser Jaqueline. Me estruturei lá no [município]. Me estruturei e de lá eu fui com um amigo pra uma cidade chamada [nome da cidade]. Ficamos um tempo lá, porque eu fui estuprada dentro desse abrigo, fiquei com medo, porque só tinha eu e mais uma menina que, por incrível que pareça, era mulher trans também (...) Mas ela tinha o namorado dela lá dentro. Não faziam nada lá, mas era uma defesa. Era no abrigo que recebia... Mulher trans e héteros, mas era um abrigo masculino. (...) Homens. “Héteros”, entre aspas, né. Mas era um abrigo masculino. Mas até então se manteve o respeito. Depois de sete meses que eu fiquei lá, eu fui estuprada duas vezes. (...) Belo Horizonte ainda tem dois abrigos para mulher, mas a dificuldade é tão grande para conseguir uma vaga, entendeu, mas tão grande que é complicado. Eu já estou na situação, assim... Eu parei de ficar no [abrigo em Belo Horizonte], porque lá é um abrigo masculino. Lá é mais para, assim, pernoite. Parei de ficar lá, porque eu estava me sentindo incomodada, porque não existe um banheiro para trans, nem para mulher. E lá também não entra mulher. Eu entrei ainda, porque eu não apresentei minha identidade social. Apresentei minha identidade civil. Então entrei como menino, mesmo sendo mulher trans, mas é complicado. Eu cheguei a passar assédio lá também, mas relevei, entendeu? Também não foi aquela coisa agressiva igual aconteceu no abrigo [referido anteriormente]. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Por outro lado, Jaqueline apontou que em alguns serviços públicos da rede SUS nos quais recebeu atendimento, sua identidade de gênero foi respeitada:

Tanto no CAPS que eu passei lá [em município de outro estado], quanto no CERSAM aqui [em Belo Horizonte], eu sou vista como quem realmente eu sou, sou tratada como quem realmente eu sou, entendeu? Não tive nem passei por nenhum tipo de preconceito, entendeu? E de repente pode até ter alguém que não aceite, mas é obrigado a respeitar, entendeu? Pode não me aceitar, mas tem que respeitar. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Nesse sentido, perguntamos à Jaqueline se as situações de assédio e desrespeito também se fizeram presentes nos serviços substitutivos da rede de saúde mental, CERSAM AD/CAPS AD:

Por incrível que pareça, no CERSAM não. E eu acho até mesmo que se acontecer um dia eu já posso me defender, entendeu? Mas não, nunca chegou a acontecer no CERSAM e nem no CAPS. Pelo contrário, entendeu?... Tem um ou outro que se mantém distante. Direito dele, mas nunca houve piada, nunca houve nada. Porque querendo ou não, são lugares que você entra e sai, lugares livres. Qualquer coisa que acontecer, querendo ou não, se eu sofro transfobia, é crime... Entendeu? Ou eu posso me defender fisicamente, o que é desnecessário, ou eu saio, chamo a polícia. Hoje em dia as pessoas têm noção do que elas estão fazendo. Entendeu? O problema é que nessas comunidades fechadas você é obrigado ali, porque eles ainda usam a religião em cima de você. E você, de repente, está em um lugar tão afastado que até você se defender, você já apanhou bastante. (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

169

Na experiência de Jaqueline essas violências não aconteceram dentro dos serviços substitutivos. Em sua fala, percebemos ainda uma pequena sensação de segurança proporcionada pelo tratamento em liberdade quando ela diz que pode se defender ou chamar a polícia, pelo fato de a transfobia poder ser reconhecida como crime. Outro ponto importante que emerge na fala de Jaqueline é sua surpresa ao descrever a ausência de violências dentro do CERSAM AD. A violência institucional e social parece estar tão presente em sua trajetória que o tratamento digno e respeitoso é visto com espanto, como uma exceção perante uma experiência marcada por sucessivas violações de direitos. Ela avalia que o discurso religioso e o fato de as comunidades terapêuticas serem instituições “fechadas” acaba por possibilitar tais violências.

Nesse sentido, Jaqueline e outras entrevistadas relataram ser comum a prática de proibição de relações próximas entre pessoas internadas em comunidades terapêuticas, sobretudo entre mulheres:

Você podia conversar com a pessoa numa boa, mas você não podia sentar na cama uma da outra, sabe. Você não podia abraçar uma pessoa, entendeu? Que eles achavam que era outra coisa. (...) Eu ficava encabulada, porque... Por que você não pode dar um abraço, um aperto de mão em uma pessoa, né? Igual eles falavam, homossexualismo (sic) lá dentro, tudo bem, não podia... mas eles têm preconceito nessa parte, entendeu? (Neusa, mulher cis, 34 anos)

Eles já deixam claro quando entra, né, na [comunidade terapêutica]... que mulher é mais complicada mesmo... Aí fala: “olha...não é permitido ficar de amizade... conversando muito”... entendeu? (...) Eles falam assim “ninguém é seu amigo... ninguém é seu amigo... você tá aqui pra tratar... ninguém é seu amigo...” (...) E adverte também de relacionamentos homossexuais, né?... Que é proibido. (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

Por que eu que sou transsexual e outro que é homossexual temos que ficar separados dos outros que são “hétero”, entendeu? Porque é o diferente para a sociedade. Aquele, de repente, que fica ali julgando e apontando o dedo, quando está aqui na rua, quando vê a gente é o primeiro a cantar a gente e querer levar pro hotel, sabe? Então existe toda uma demagogia, existe uma capa, uma farsa e isso é complicado. De verdade. (...) Inclusive se tivessem dois homossexuais, um não podia ficar de amizade com o outro. Entendeu? Até esse ponto a gente chegou. (...) Por exemplo, a gente por ser mulher trans ou aqueles que eram LGBT, que eram gays, eram vigiados, porque se parasse em um canto para conversar com algum garoto, já achavam que a gente estava de maldade, já achavam que a gente ia marcar um cantinho pra poder fazer sexo e não é assim que funciona. (...) Se tivessem dois homossexuais, um não podia ficar de amizade com o outro. Entendeu? (...) Você praticamente é tido como se fosse uma onça. É bonitinho, direitinho para ter no quintal, mas tem que vigiar para não comer a carne, entendeu? É bem assim. Aí tinha um menino lá também que era homossexual, na [comunidade terapêutica] que eu fiquei. Quando a gente se sentava para conversar, nossa senhora, de longe, sentavam quatro, cinco técnicos para tentar ver o quê que a gente estava conversando. Você tem noção do quê que é isso? (Jaqueline, mulher trans, 39 anos)

Podia conversar. Só não podia abraçar. Mas podia conversar. Podia ter amizade. Mas eles não deixavam a gente abraçar não, não sei por causa de quê. (...) Eu não lembro muito bem não, mas eles falavam, assim, bastante coisa sobre abraço... Que a gente tava carente... Um trem assim sabe? Aí eles não deixavam a gente abraçar não. Só cumprimentar assim, pegar na mão. (...) Ah eu acho triste, né? Acho triste, porque um abraço muda tudo. (Lélia, mulher cis, 26 anos)

Patrícia contou que chegou a desenvolver um afeto por uma outra mulher interna e ambas foram retiradas da CT:

Então, acontecem esses conflitos... eu já dei certo... mas sem me envolver com ela... não pude... mandaram a gente embora. Mandou ela embora e depois educadamente me mandaram embora também. (...) É... foi por causa disso. (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

Além disso, Patrícia notou que existe uma diferença de tratamento no que se refere às visitas. De acordo com a experiência que teve, mulheres internadas que estão em relacionamento com outras mulheres não podem receber visitas de suas namoradas ou companheiras, ao passo que mulheres em relacionamentos heterossexuais podem:

Nunca vi nenhuma mulher ir visitar a outra lá. Pode até ter um relacionamento... Mas não... Homem sim, mas mulher não. Mas então se tem uma mulher que tá internada e ela tem um namorado... tranquilo... ele pode visitar ela. (Patrícia, mulher cis, 34 anos)

Destacamos que no relatório do CFP de 2011 foi constatado que em diversas CTs inspecionadas “não há respeito à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero”, tendo sido relatado o objetivo de “reversão sexual” em uma das instituições (CFP, 2011, p.125-127). Da mesma forma, na inspeção de 2017, foi indicado que pelo fato de as CTs fundamentarem-se em princípios morais e religiosos, de forma aberta ou velada, reproduzem práticas constrangedoras:

Registramos a afirmativa de uma profissional que se propõe a “curar homossexuais”, contrariando orientação expressa em seu código de conduta profissional e adotando, desse modo, posição clara de desrespeito ao direito de orientação sexual. E não podemos deixar de destacar a imposição da abstinência sexual, registrada na maioria desses lugares. Isto é, o sexo, qualquer que seja a orientação, também é percebido como vício, e o direito à sexualidade é interdito. (CFP/MPF, 2018, p.191)

A interdição sexual e a regulação dos afetos é algo bastante comum em CTs. Segundo pesquisa do IPEA (2017), “nenhuma instituição autoriza relacionamentos sexuais entre acolhidos durante o tratamento”, sobretudo em função de “comandos morais, especialmente aqueles oriundos das religiões cristãs, cuja influência nas CTs brasileiras é bastante expressiva” (p.112).

Essas questões nos ajudam a entender o motivo de o afeto entre mulheres, ainda que desprovido de intenção sexual, seja lido pela CT como algo problemático, e passível de interdição. Há uma relação com a estigmatização das mulheres, pois são alvo de um discurso que as hipersexualiza, as entende como imorais, promíscuas e por consequência gera a negação de seus direitos sexuais nesses locais.

Esse tipo de relação com a sexualidade está fundamentalmente vinculado à estrutura patriarcal e machista, que perpetua a opressão sexual contra a mulher. De acordo com bell hooks (2019b), para descortinar novos paradigmas sexuais será necessário modificar as normas da sexualidade, inclusive as relações afetivas entre mulheres, e a “inspiração para isso só pode brotar num ambiente em que o bem-estar sexual seja valorizado” (p.217).

Ao tratar dessa questão é preciso ressaltar que ao abordarmos os direitos sexuais nos referimos não apenas à vivência e expressão da sexualidade, mas também estamos falando sobre a possibilidade de viver livremente e sem medo, vergonha ou culpa a sua identidade de gênero, seja ela cis ou trans.

Nesse sentido, além da realização de grupos de discussão sobre sexualidade e do cuidado respeitoso por parte das equipes dos serviços abertos e de base territorial, entendemos que existe uma potencialidade no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as usuárias e usuários dos serviços. Anita fez uma fala interessante, que nos convoca a pensar, ao mesmo tempo, no tipo de relação que as mulheres são incentivadas a estabelecer com outras mulheres em uma estrutura machista e nas variações possíveis em relação à oferta de cuidados dentro de um mesmo serviço.

Concluiremos a discussão deste núcleo temático com um trecho da entrevista de Anita:

Ah eu sou apaixonada com o tratamento. Com a metodologia, a filosofia... Com a redução de danos. Eu acho assim... Acho top esse, essa empatia, que o CERSAM tem pelas pessoas. Pelas mulheres. Tem um grupo de mulheres (...) Tanto que eu queria muito... Tô tentando entrar no Consultório de Rua, porque eu acho muito importante. Acho muito bonito o trabalho de mulheres. A maioria... são mulheres. São mulheres feministas. São mulheres que sabem dos direitos, sabem também do papel do homem na vida. Tanto que às vezes até chama. Os caras querem participar na nossa [refere-se ao grupo de mulheres]... Falava sobre abuso... Cada encontro tinha um tema. E era... E é muito bom, porque a gente vai né... Eles têm empatia e eu acho que isso é o principal no ser-humano, é cê ter empatia. Se colocar no lugar do outro. (...) Eu comecei a gostar de mulher de novo, que eu sempre tive pavor de mulher. (...) Mas o CERSAM trás muito, muito isso, a parte das mulheres. Comecei a gostar de mulher de novo no CERSAM, porque eu vi mulheres como a minha psicóloga. A minha psicóloga é maravilhosa. Tem a minha idade. Não passa a mão na minha cabeça. Fui suspensa, porque eu já... Então assim, tem um certo limite, e eu acho isso muito importante. Cê não fica lá a ver navios ou cê faz o que cê quiser, né? (...) Tem gente que tá lá há dez anos, não sabe o que é redução de danos. Porque às vezes não teve interesse. Porque às vezes não teve um técnico que estimulava isso, porque existe péssimos profissionais no CERSAM, tá? Gravem isso: Péssimos, porque nós somos só números, cifrões. Mas existe profissionais maravilhosos que cê... “Nó!” Tem pessoas que eu falo assim: “Gente! É do bem. Se coloca no lugar do outro”. Como tudo na vida né? Tem bem e tem mal. (Anita, mulher cis, 41 anos)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos neste relatório os resultados da pesquisa realizada entre 2019 e 2022 acerca do exercício efetivo de direitos sexuais e reprodutivos por mulheres em situação de vulnerabilidade social em Belo Horizonte, destacadamente aquelas que já vivenciaram de alguma maneira a experiência da maternidade, que fizeram ou fazem uso de drogas e já realizaram tratamentos em serviços abertos da rede de atenção psicossocial e em comunidades terapêuticas.

Por meio da análise dos processos de medida de proteção, instaurados entre 2013 e 2019, e das entrevistas em profundidade ficam evidentes as violações específicas de direito humanos de mulheres, destacadamente aquelas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar do município de Belo Horizonte ter preconizado uma rede de cuidados às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, como visto anteriormente¹³⁹, o estigma relacionado a esse uso e sua criminalização, em especial no caso de mulheres pobres e negras, se configuram como motivos que afastam essas mulheres de serviços e equipamentos públicos de saúde. Assim, partir das entrevistas, foi possível identificar que muitas mulheres acabam sendo internadas em comunidades terapêuticas porque não têm acesso a políticas públicas que possam acolhê-las adequadamente, especialmente quanto ao uso prejudicial de drogas.

As comunidades terapêuticas vêm sendo reiteradamente denunciadas por violações de direitos humanos em todo o Brasil, o que pode ser observado também em nível local, a partir dos dados apresentados neste relatório. As internações nesses espaços, categorizadas meramente como “difícil” em relatório identificado em um dos processos analisados, se mostram permeadas por diversas violações

¹³⁹ Ver seção 4.4.

de direitos, conforme as entrevistas realizadas puderam explicitar, em consonância com inspeções, reportagens e pesquisas já divulgadas. As violações citadas abarcaram a falta de acesso a informações sobre a saúde, o tratamento inadequado ao uso prejudicial de drogas, a alimentação inadequada, a intolerância religiosa, a laborterapia e até mesmo castigos físicos.

Ademais, foram constatadas violações de direitos de pessoas LGBTQIA+ nessas instituições, em especial aqueles relativos à orientação sexual e à identidade de gênero. Desde a proibição de relações afetivas e próximas entre mulheres internas e a proibição de visitas de companheiras do mesmo gênero até a obrigatoriedade do uso de determinadas vestimentas. Em relação às mulheres trans, foi mencionado o assédio por parte de outras pessoas que estavam internadas e de trabalhadores de instituições voltadas ao público masculino, únicos espaços nos quais elas eram aceitas, em razão do entendimento deturpado das CTs sobre as identidades de gênero.

Estes dados se coadunam com informações disponíveis em outras publicações sobre violações de direitos humanos em CTs e exemplificam o papel normalizador dessas instituições, na medida em que elas reforçam estereótipos de gênero, segundo os quais determinadas condutas são consideradas “de homens” e outras “de mulheres”, ou ainda, “normais” ou “anormais”.

As entrevistas evidenciaram a percepção que as mulheres tiveram sobre o discurso de pessoas que trabalham em CTs, segundo o qual “as mulheres são mais difíceis de lidar que os homens”. Além disso, as mulheres entrevistadas indicaram que foi exigido por parte da direção de algumas CTs a realização de exames para que a internação fosse realizada, incluindo teste de gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis.

Duas entrevistadas estiveram internadas em CTs no período em que estiveram grávidas, Dandara e Patrícia. Em ambos os casos, não houve qualquer atendimento nesses espaços que tenha sido realizado por profissionais da saúde. Nesse contexto, crises de abstinência não foram devidamente acompanhadas e não foi promovida qualquer articulação com a rede de saúde pública da região, de

modo que uma das internas não conseguiu realizar seu pré-natal na cidade em que se localizava a CT, tendo que se deslocar até Belo Horizonte.

Por se verem sempre como alvo de políticas repressivas por parte do Poder Público nesse contexto, dificilmente como sujeitas detentoras de direitos, de garantia de proteção e suporte por parte de políticas públicas eficazes providas por esse mesmo Estado, estas mulheres frequentemente não se sentem acolhidas nos espaços públicos que promovem o cuidado em saúde. No relato das entrevistadas é possível observar que elas identificam em algumas trabalhadoras e/ou trabalhadores a possibilidade de criação de um vínculo de confiança, o que parece ser necessário para que esses espaços sejam reconhecidos como locais de proteção e assistência.

Isso ficou evidente no caso de Belo Horizonte, por exemplo, no período em que as Recomendações nº5 e nº6 do MPMG e a Portaria nº3 da VCIJ-BH ainda estavam em vigência, como detalhamos anteriormente¹⁴⁰, em que várias mulheres gestantes não realizaram o acompanhamento pré-natal, nem deram à luz em maternidades públicas, para não correrem o risco de terem seus filhos afastados da família de origem logo após o parto. Dentre esse público, algumas mulheres entrevistadas que já experienciaram a maternidade destacaram o fato de que há uma prática recorrente em Belo Horizonte que busca separá-las do convívio com suas filhas e filhos, na medida em que as autoridades, nesses casos, “pensam [em] “resolver”, e “resolver” é tirar [a criança da mãe]”, como sintetizou Laudelina, uma das mulheres entrevistadas.

Como vimos, essa separação ocorre após provocação da VCIJ-BH, especialmente pelo conselho tutelar ou pela maternidade pública¹⁴¹, momento a partir do qual é instaurado processo judicial de Medida de Proteção, e proferida decisão que determina a separação de crianças de suas famílias de origem. Destacando o afastamento da criança a partir da maternidade pública, algumas entrevistadas relataram suas experiências, nas quais poucas horas depois do parto já foram impedidas de terem contato com suas filhas/seu filhos e proibidas de

¹⁴⁰ Ver Apresentação do contexto.

¹⁴¹ Ver seção A.1.2.

amamentá-las/amamentá-los. Uma delas, a Carolina, evidencia a insegurança quanto às condutas do hospital/maternidade, no seu caso, ao darem alta para a bebê e informarem que ela permaneceria internada, chegou a tentar fugir do serviço com a filha, temendo que ela fosse retirada dela.

É imprescindível destacar que a perspectiva interseccional é essencial para a compreensão dos problemas apresentados na presente pesquisa, na medida em que o acesso a políticas públicas que viabilizam o exercício de direitos sexuais e reprodutivos, como o direito à maternidade, se dá de forma desigual entre as mulheres¹⁴². Em relação aos processos analisados, por exemplo, é possível identificar que, apesar da grande escassez de informações sobre a raça da genitora cujos filhos(as) foram afastados de seu convívio, em seis processos analisados, as genitoras são identificadas como pardas e em um, como preta. Da mesma forma, as mulheres entrevistadas, ainda que não tenhamos colocado uma questão acerca do pertencimento racial, são, em sua maioria, mulheres negras.

Quanto à perspectiva racial relacionada, é essencial pontuar que a estigmatização de mulheres que fazem uso de drogas se associa a formas de responsabilização individual ou criminalização, o que acontece de forma direcionada majoritariamente a mulheres negras e pobres. Nesses cenários, em razão do racismo que existe em nossa sociedade, essas mulheres são vistas de forma desumanizante, como agressivas, pouco afetuosas, criminosas, e, assim, julgadas como incapazes de serem mães¹⁴³. Fato é que na maioria desses casos não houve provas de maus tratos ou descuidos, há apenas a convicção do Estado em face do Poder Judiciário. Isso fica evidenciado também pelo fato de as Recomendações anteriormente mencionadas terem sido dirigidas especificamente aos hospitais/ às maternidades públicas da cidade.

Identificamos a instauração de 37 processos, dentre os 40 processos analisados, por iniciativa oficial do próprio juízo, sem qualquer petição inicial identificando fatos, fundamentos e pedidos. Para além dessa irregularidade

¹⁴² Ver seção 4.1.

¹⁴³ Perspectiva que, inclusive, foi reproduzida pelo ECA, no artigo 19, antes de ter sua redação alterada pela Lei nº 13.257/2016.

processual, em 28 dos 37 casos identificados na pesquisa, não houve citação de nenhum dos genitores. Nessa situação, portanto, o genitor e a genitora não tiveram sequer ciência do trâmite daquele processo de Medida de Proteção. Isso se torna evidente, inclusive, no relato de uma das entrevistadas, que apesar de possuir cinco filhos/as, teve dois deles afastados de seu convívio, sem que tenha recebido qualquer informação sobre os processos judiciais que viabilizaram a retirada das crianças de seu convívio.

A falta de comunicação com as famílias afetadas pela retirada das crianças não se mostrou uma situação isolada. Em 27 dos processos analisados, identificamos que as genitoras não foram devidamente intimadas da decisão que determinou o acolhimento institucional de seus filhos e/ou filhas, tendo ocorrido o mesmo com os genitores em 31 destes processos. Em virtude da ausência de notificação, essas mães e esses pais sequer tiveram conhecimento do teor da decisão que determinou o afastamento dessa criança de seu convívio, impedindo-os de apresentar defesa técnica adequada, e, por consequência, limitando significativamente o período de convívio e fortalecimento de vínculos familiares entre genitoras, genitores e seus filhos e filhas.

Ainda quanto aos processos, as primeiras decisões judiciais proferidas nas Medidas de Proteção que determinam o encaminhamento da criança ao acolhimento institucional devem ser justificadas a partir da constatação de violação de direitos desse público, seja por abuso, falta ou omissão dos pais ou responsáveis, de acordo com as hipóteses elencadas no artigo 98 do ECA. No entanto, o que ocorreu foi que em 32 dos 37 processos analisados, o juízo não delimitou referidas hipóteses legais, não havendo qualquer indicação do risco ao qual a criança teria sido submetida.

Embora na maioria das decisões judiciais não tenham sido identificadas as hipóteses legalmente previstas, parte significativa delas foram, ainda, fundamentadas em critérios discriminatórios relacionados à genitora ou ao genitor, situação que se repetiu nas decisões judiciais que concluíram os processos de Medida de Proteção e definiram o destino final das crianças, sendo que 17 crianças foram encaminhadas às famílias substitutas dentre os 40 casos analisados. Nesse

sentido, destacamos que os relatos das entrevistadas convergem mais uma vez com os dados sistematizados a partir da análise dos processos.

Em relação à moradia, é possível identificarmos tanto nas entrevistas como nos processos de Medida de Proteção analisados que a situação de rua ou a trajetória de rua de mulheres são muito utilizadas para fundamentar a decisão judicial que determina o afastamento de criança de sua família de origem. Assim, questões relacionadas à moradia, em especial a situação ou trajetória de rua, configuram o terceiro motivo mais elencado pelo juízo para determinar o acolhimento institucional nos processos analisados, menos frequente apenas que o uso de drogas e a não realização do pré-natal no caso das genitoras, e o segundo mais citado para desqualificar os genitores, juntamente com a passagem pelo sistema prisional, superado apenas pelo uso de drogas. Sobre tal cenário, Sueli, uma das entrevistadas pontuou que a equipe do CERSAM AD que a acompanhava, atenta às decisões proferidas pela VCIJ-BH que “tomam” crianças de suas mães, se articulou para garantir o acesso da gestante e seu filho a um abrigo familiar em Belo Horizonte, para que assim ela tivesse o amparo necessário para viver conjuntamente, sem qualquer separação indevida a título de precaução a suposto risco ao qual a mãe pudesse vir a submeter o bebê após o parto.

A este respeito, em Belo Horizonte, a destinação de recursos públicos a quase 50 unidades de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, em contraposição ao investimento público em apenas dois abrigos familiares, indica uma predileção da política municipal de atendimento à criança e ao adolescente à separação de crianças de sua família de origem. Assim, na cidade, tem-se privilegiado o cuidado institucionalizado de crianças e adolescentes, em detrimento do fortalecimento de seus vínculos familiares para que o exercício de seus cuidados se dê de forma conjunta e a partir do apoio de políticas públicas, cujos equipamentos e serviços são de base comunitária e territorial, e visam a garantia de direitos e proteção.

Ainda a respeito da situação e a trajetória de rua, as entrevistas expuseram que essas condições são frequentemente vinculadas à negação de outros direitos pelo próprio Estado, já que a estigmatização e a exclusão impõem obstáculos de

acesso ao trabalho e à renda, à saúde e à segurança alimentar. Além disso, as entrevistas elucidaram violações específicas direcionadas às mulheres em situação de rua, como o relato que denuncia os abusos sexuais e estupro às quais as mulheres estão expostas, além da maior dificuldade de encontrar soluções para suas demandas cotidianas básicas, em comparação aos homens, como tomar banho e trocar absorvente.

A passagem pelo sistema prisional também é um critério usado para separar crianças de suas famílias, como exposto na análise dos processos de Medida de Proteção. No caso das genitoras, isso foi utilizado como fundamento para determinar o acolhimento institucional da criança em 3 (três) casos, ao passo que, em relação aos genitores, o número chegou a 4 (quatro). Tais números se revelam preocupantes, em especial ao se considerar que o ECA veda expressamente o uso de condenações criminais como fundamento para levar à destituição do poder familiar, salvo poucas exceções previstas no mesmo dispositivo¹⁴⁴.

Ainda em relação à questão prisional, uma das entrevistadas relatou que deu à luz no cárcere, local onde permaneceu com seu filho ao longo de dois anos e meio, até a criança ser entregue a uma pessoa de sua família. Ela lembra que no dia em que recebeu seu alvará de soltura, foi expedido também um mandado para que a criança fosse retirada da casa dessa familiar, sob o argumento de que ela estava exercendo os cuidados da criança de forma irregular. Por conta disso, nunca mais teve contato com a criança. Essa situação ilustra as violências específicas às quais mulheres que deram à luz dentro do sistema prisional - onde o Estado tem o dever objetivo de zelar pela integridade e direitos das mesmas -, são vítimas, e essa pode ser denominada como “hiper e hipomaternidade”¹⁴⁵.

Outro ponto de atenção das entrevistas relacionado ao sistema prisional é o relato de uma das entrevistadas, que, apesar de ter sido presa em um período em que estava grávida, não teve acesso a cuidados básicos de saúde, a ponto de não ter conseguido realizar seu pré-natal. Essa situação se aproxima, inclusive, do relato da falta de acesso a esse serviço por parte de entrevistada que esteve

¹⁴⁴ Conforme o ECA, em seu artigo 23, §2º.

¹⁴⁵ Ver seção A.3.2.1.

grávida em período de internação em comunidade terapêutica, evidenciando, assim, que violações de direitos humanos similares ocorrem nesses dois espaços.

Outro critério utilizado nas decisões judiciais analisadas nesta pesquisa para fundamentar o afastamento de crianças de suas famílias é a violência doméstica à qual a genitora é vítima, situação que foi encontrada em um dos processos analisados, apesar de um maior número de situações semelhantes terem sido identificadas em casos julgados pelo TJMG em 2ª instância. Nessa situação é possível dizer que a mulher foi submetida à revitimização por parte do próprio Poder Judiciário, porque, ao invés de ser adequadamente encaminhada e inserida na rede de proteção especializada às vítimas diretas e indiretas da violência doméstica e familiar, indispensável para o rompimento do ciclo de violência ao qual estava inserida, ela não recebeu qualquer tipo de apoio ou auxílio¹⁴⁶. Ao revés, ela foi julgada pelos relacionamentos abusivos e violentos nos quais se envolveu, a ponto de ser considerada incapaz de exercer os cuidados frente às suas crianças. A partir disso, estas foram encaminhadas diretamente ao acolhimento institucional, sem que sequer fosse aplicada judicialmente medida cautelar de afastamento do agressor do lar, conforme previsto no ECA¹⁴⁷, resposta que poderia ao menos reduzir a violência ao qual a mulher foi submetida sem provocar qualquer separação injustificada entre mãe e sua filha(o).

Um exemplo disso é o relato de Sueli a respeito da situação em que seu ex-companheiro, compreendendo a dinâmica de atuação do conselho tutelar e seu fluxo de encaminhamento de casos à VCIJ-BH, não autorizava que as crianças fossem à escola, para única e exclusivamente prejudicar a guarda que ela então exercia em relação às crianças que eram apenas suas filhas(os); para, em seguida, desvelar contra ela diversas agressões físicas.

Estas informações corroboram com a constatação alarmante de que há uma grave falha na interlocução e no diálogo entre o Sistema de Garantias de Direitos de Crianças e Adolescentes e a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, já que seus fluxos de atendimento a mulheres e suas filhas/seus filhos se

¹⁴⁶ Ver seção A.3.2.3.

¹⁴⁷ Conforme o ECA, em seu Art. 130.

dão de formas extremamente discrepantes a nível local. Enquanto no primeiro a mulher tem sido responsabilizada individualmente quando se configura como vítima de violência, no segundo o encaminhamento se dispõe como alternativa mais acolhedora, em que a busca pela garantia dos direitos da mulher se dá de forma conjunta com a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, em especial seu direito à convivência familiar e comunitária.

Quanto a outros critérios discriminatórios que fundamentaram decisões judiciais de encaminhamento de crianças ao acolhimento institucional, bem como de afastamento definitivo da criança de sua família de origem com encaminhamento à família substituta com vistas à adoção, o uso de drogas por parte de genitoras e genitores foi o principal critério utilizado. A partir disso, o Poder Judiciário reproduziu a noção comumente difundida na sociedade de que o uso de drogas por mulheres se configura como um desvio às imposições estabelecidas pelas normas de gênero sobre o que é ser mulher, e, mais especificamente, frente àquilo que é esperado de uma maternidade ideal.

Neste cenário em que o uso de drogas, especialmente de genitoras, foi utilizado para fundamentar decisões judiciais proferidas nos processos de Medida de Proteção, algumas entrevistadas pontuaram que não tiveram acesso a informações por parte do Poder Judiciário sobre o que deveriam de fato fazer ou providenciar para que pudessem retomar o convívio e reaver a guarda de suas filhas/seus filhos. Em razão dessa incerteza, Sueli desabafou ao especular que o filho poderia não ter sido encaminhado ao acolhimento institucional se ela tivesse aceitado se internar em uma comunidade terapêutica, já que, nesse cenário e durante seu período de internação, os familiares a apoiariam e exerceriam os cuidados da criança como família extensa. Em um dos processos analisados nessa pesquisa, inclusive, esse cenário de apoio, em que a criança se manteve sob a guarda judicial da família extensa enquanto a genitora esteve internada em comunidade terapêutica, foi identificado. Entretanto, ainda nesse caso, o Poder Judiciário não concedeu a guarda da criança à genitora ao fim do processo, mesmo após sua alta da internação, de modo que a criança foi mantida sob a guarda de seu avô e sua companheira.

Neste sentido, Laudelina ponderou que sua internação em CT apenas serviu para reforçar o discurso de que ela não possuía condições de exercer a maternidade. Em seu caso, a internação foi usada contra ela no momento em que sua mãe, que cuidou de suas filhas durante sua internação, ajuizou ação judicial para exercer legalmente a guarda das crianças. Ao longo desse processo, a internação da entrevistada foi usada como uma forma de atestar que ela tinha um problema que realmente não apresentava solução, para então justificar a não concessão da guarda das crianças a ela, genitora.

Diferentemente do suposto atendimento direcionado a essas mulheres em CTs, circunscrito por diversas violações de direitos humanos, como já mencionado, as entrevistadas apontaram que os serviços abertos da rede atenção psicossocial, sobretudo o Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAM AD) e o Consultório de Rua, promovem maior acolhimento de suas demandas, na medida em que as equipes de profissionais, em geral, levam em consideração seus vínculos com o território e com a comunidade em seu entorno ao propor um tratamento que se dá em liberdade e sob perspectiva da garantia de direitos, sendo possível e desejável a articulação com a rede intersetorial.

O atendimento no CERSAM AD também foi indicado pelas entrevistadas como um meio importante através do qual puderam se reconhecer como sujeitas detentoras de direitos, e onde receberam apoio essencial no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Anita, uma das entrevistadas, mencionou, por exemplo, a abertura que teve para tratar de assuntos ligados à sexualidade com a equipe de profissionais do CERSAM AD, a ponto de a auxiliarem no diagnóstico e no devido encaminhamento relacionado ao tratamento de uma infecção sexualmente transmissível. Já Neusa, outra entrevistada, relatou que, ao desconfiar que estava grávida, não apenas conseguiu acesso a teste rápido de gravidez no próprio CERSAM AD, como também recebeu, após o resultado positivo do teste, suporte da equipe de profissionais do equipamento durante a gestação, tendo, por essa razão, realizado todo o pré-natal na rede pública de saúde, mesmo estando em situação de rua à época.

No mesmo sentido, Conceição, outra entrevistada, destacou como diferencial do atendimento realizado pelo CERSAM AD a comunicação e o respeito estabelecido entre profissionais e usuárias, o que se deu de forma ainda mais especial no momento de seu parto que ocorreu de forma emergencial no espaço do equipamento. Cabe salientar que essa entrevistada relatou ter tido dez filhos/filhas e que esse foi o único que ficou sob a guarda de sua família, indicando a importância do suporte que ela e sua família receberam da equipe do CERSAM AD, principalmente profissional que a acompanhava, sua referência técnica.

Sob a perspectiva da população trans, a entrevistada Jaqueline apontou que no CERSAM AD há respeito à sua identidade de gênero e, por ser um local que oferece um tratamento em liberdade, ela se sente segura para acessar recursos para não sofrer qualquer tipo de transfobia nesses espaços, até mesmo acionando a polícia, se for preciso. De acordo com ela, isso é o contrário do que ocorre nas CTs, identificadas por ela como instituições “fechadas” em que situações de violência acabam resultando em intensas e constantes agressões físicas.

Já Anita mencionou a participação em um grupo de mulheres usuárias, organizado no CERSAM AD que referenciava seu acompanhamento, com uma estratégia de cuidado e vinculação importante, por se tratar de um espaço acolhedor para falar das mais diversas pautas relacionadas às demandas de mulheres, como violências sexuais, gravidez e orientação sexual, dentre outros, onde conseguia ser ouvida por profissionais, com discrição e em observância ao sigilo profissional.

Para Jaqueline, Anita e outras entrevistadas, a interação dos profissionais do CERSAM AD se contrapõe imensamente ao que ocorria nas comunidades terapêuticas. Enquanto nos CERSAMs AD os profissionais interagem, brincam, conversam, riem com as usuárias e com os usuários, em muitas das CTs citadas pelas entrevistadas não existia uma equipe qualificada para realização do atendimento, sendo considerada “monitora” uma pessoa hierarquicamente superior às demais internas, apesar de ser também interna e não ter recebido formação adequada para tanto, assumindo papel de “vigilância” dentro da instituição. Inclusive, a própria Anita ressalta que usou da possibilidade de se

integrar a equipe como monitora, para ter acesso a direitos mínimos durante a sua permanência na comunidade terapêutica.

Os CERSAMs AD foram identificados por algumas entrevistadas como fundamental no apoio ao exercício da maternidade, pois foi durante a gestação que iniciaram ou retomaram o acompanhamento no equipamento. Essas mulheres destacaram a essencial articulação que o CERSAM AD promove com outros pontos da rede intra e intersetorial para garantir atenção integral. A partir disso, por exemplo, os devidos encaminhamentos eram realizados, como aquele para atendimento com a Equipe de Saúde da Família nos Centro de Saúde, estratégia fundamental para a perspectiva do cuidado continuado em saúde e da atenção integral. Por essa razão, algumas entrevistadas ponderaram que a experiência da maternidade não é algo natural, mas que se torna possível a partir do momento em que a mulher encontra uma rede de apoio disponível, incluindo o CERSAM AD e o Consultório de Rua.

O Consultório de Rua foi mencionado por diversas entrevistadas, por ter sido a equipe responsável por realizar a busca ativa de algumas delas em momentos que estavam em situação de rua, com uma abordagem próxima e respeitosa, pautada pela lógica da redução de danos. O Consultório de Rua acabou sendo apresentado como um dispositivo que auxiliou muitas mulheres entrevistadas a se vincularem com o CERSAM AD e com a rede pública de saúde no geral.

Neusa pontuou que o Consultório de Rua sempre a procurava no território, para apoiá-la nos cuidados durante a gestação, inclusive investindo esforços para garantir a realização do pré-natal. Além de Neusa, Dandara apontou o Consultório de Rua como a equipe responsável por auxiliá-la a compreender que ela, ainda que em situação de rua, tinha direitos e, incluindo o direito de exercer a maternidade e expressar sua vontade quanto ao exercício dos cuidados em relação ao seu filho(a), para que esse não fosse encaminhado à adoção. Apesar do reconhecimento dessa importância, Dandara ponderou que, em um primeiro momento, ela interpretava a abordagem do Consultório de Rua como uma tentativa de ter acesso a informações sobre a previsão de seu parto, para que a criança fosse afastada de seu convívio o quanto antes possível. Logo, é evidente a existência de uma desconfiança em

relação ao Estado, o que parece dificultar a formação de vínculos de cuidado entre mulheres e os serviços de saúde. Como tentativa de exemplificar essa informação, a análise dos processos judiciais demonstrou que o número de mulheres que se vinculam ao CERSAM AD ainda é bastante reduzido, sendo que apenas 12 realizam atendimento nesse serviço em um espaço amostral de 40 mulheres.

Quanto à forma de afastar crianças de suas mães, Conceição mencionou que, assim que seu primeiro filho nasceu, ele foi encaminhado ao acolhimento institucional e depois à família substituta com vistas à adoção, sem nenhum tipo de conversa anterior direcionada à própria genitora, ou seja, sem qualquer aplicação de medidas de proteção mais brandas, em evidente inobservância às previsões do ECA¹⁴⁸. Frente a esse encaminhamento precoce de crianças à adoção, a análise dos processos judiciais evidenciou que, em meio ao trâmite dos processos de Medida de Proteção de acolhimento institucional de crianças recém-nascidas, é comum que tramitem conjuntamente ações de destituição do poder familiar e ações de adoção.

Cabe ressaltar que, nesses casos, o fluxo adequado para que seja ajuizada ação de adoção, nos casos em que foi determinado o acolhimento institucional da criança, se inicia com a finalização do trâmite do processo de Medida de Proteção, a partir de decisão judicial proferida e embasada em relatório conclusivo produzido pela unidade de acolhimento, seguida de parecer conclusivo da equipe técnica do juízo no sentido de haver necessidade de encaminhamento da criança ou adolescente para família substituta. Somente após tais passos, poderia ser ajuizada a ação de destituição do poder familiar em desfavor dos genitores¹⁴⁹. E apenas após o trânsito em julgado da decisão que determinou a destituição do poder familiar é que poderia ser ajuizada a ação de adoção. Entretanto, nos processos analisados esse fluxo não é seguido.

Em 21 dos 40 casos analisados foi ajuizada ação de destituição do poder familiar, ainda durante o trâmite dos processos de Medida de Proteção. Dentre esses 21 processos, em 18 deles o ajuizamento desta ação foi realizado antes da

¹⁴⁸ Ver seção 4.6.

¹⁴⁹ Conforme o ECA, em seus Art. 155 a 163.

juntada ao processo de relatório conclusivo sobre a situação da família e da criança. Ademais, em 11 das 21 ações, houve a suspensão do poder familiar dos pais biológicos da criança, o que, na prática, tem justificado a colocação da criança recém-nascida em família substituta, apesar da suspensão ser uma medida de caráter temporário.

Assim, dentre os 40 processos de Medida de Proteção analisados, em 17 casos a criança já estava sob guarda para fins de adoção no momento em que os autos foram consultados para esta pesquisa. Dentre esses 17 casos, em 14 deles a guarda era exercida por família substituta oriunda de cadastro nacional ou cadastro local de adoção, e apenas em 3 (três) deles por família extensa da criança. Como forma de elucidar a celeridade do encaminhamento dessas crianças à nível local, foi constatado que, em média, o termo de guarda para fins de adoção foi expedido pela VCIJ-BH apenas 6.12 meses após o ajuizamento de ação de destituição de poder familiar.

Neste cenário, portanto, as famílias naturais e extensas das crianças são severamente prejudicadas com o encaminhamento precoce das crianças às famílias substitutas, que levam a precipitada criação de vínculos com os pretendentes à adoção, em detrimento do fortalecimento dos vínculos já existentes com genitores e outros familiares. Cria-se, assim, muitas vezes, uma dinâmica de disputa entre as famílias: família de origem *versus* família substituta, na medida em que a família de origem sofre com a possibilidade de ter de se conformar com o encaminhamento da criança ao acolhimento institucional e com o posterior exercício da guarda de sua criança com vistas à adoção por parte de família substituta.

Algumas entrevistadas relataram que o encaminhamento precoce de suas filhas e/ou seus filhos para adoção apresentou como consequência em suas vidas um sentimento de revolta, acompanhado pelo aumento do uso de drogas de forma prejudicial. Sueli contou que, diante dessa violência perpetrada pelo Poder Judiciário, precisou de acompanhamento intensivo no CERSAM AD, onde ficou em hospitalidade noturna por um mês.

Diante de todo o exposto, identificamos que em Belo Horizonte, a Vara Cível da Infância e Juventude, por meio do trâmite inadequado de processos de Medida de Proteção, tem interferido negativamente no exercício de direitos reprodutivos de mulheres em situação de vulnerabilidade, em especial o direito ao exercício da maternidade, seja a partir de violações ao trâmite desses processos, seja a partir de decisões judiciais pautadas em critérios discriminatórios, que culminam em alguns casos de encaminhamento de crianças recém-nascidas de forma precoce à adoção. Em relação a estes casos, o Poder Judiciário tem atuado sob a perspectiva de que direitos de crianças se contrapõem ao direito de suas genitoras que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Entretanto, essa dicotomia não encontra amparo legal¹⁵⁰, de modo que o fortalecimento das famílias implica na promoção do cuidado e proteção de suas crianças.

O Estado que promove a retirada de filhas e filhos de mães e famílias de forma arbitrária, elencando o uso de drogas como principal motivo, é o mesmo que incentiva comunidades terapêuticas, sendo que essas instituições já portam inúmeras e diversas denúncias de violações de direitos, em detrimento do fortalecimento de serviços 100% públicos, pautados sobre princípios e diretrizes que estão de acordo com uma perspectiva garantidora de direitos, de proteção e cidadania. Observamos que o município de Belo Horizonte vem sustentando uma rede de serviços que não inclui comunidades terapêuticas, mas que mesmo as mulheres já acompanhadas em serviços abertos da rede de atenção psicossocial, em algum momento, buscaram a internação em comunidades terapêuticas, inclusive no período em que estiveram gestantes.

Em relação aos CERSAMs AD, as entrevistas em profundidade possibilitaram identificar que, em Belo Horizonte, as mulheres atendidas neste equipamento geralmente têm acesso à informação e a políticas públicas intersetoriais que viabilizam o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, garantindo, assim, a efetividade do conceito de justiça reprodutiva na prática dos cuidados em saúde mental, álcool e outras drogas em âmbito local. Contudo, é também observado a partir do relato das entrevistadas que parece haver algo que

¹⁵⁰ Ver seção A.4.

se determina a partir da referência técnica que está no acompanhamento do caso, o que nos leva a questionar se há um direcionamento consolidado que alcance o serviço enquanto uma política.

As CTs, entretanto, são vistas pelas entrevistadas como espaço de violações de direitos humanos, em que não há disponível qualquer tipo de tratamento e acompanhamento profissional relacionado ao uso de drogas, além de ser um local em que são desveladas agressões físicas e psicológicas, em que suas demandas e especificidades relacionadas ao gênero e à sexualidade são cotidianamente negligenciadas.

Constatamos por meio de entrevistas e de análise de processos que, em alguns casos, a decisão pela internação em uma comunidade terapêutica se deu, inclusive, em virtude da ameaça de retirada de guarda, sendo a internação parte do imaginário social para solucionar as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Contudo, as mulheres entrevistadas enfatizaram a necessidade de serviços que estejam estruturados e com equipes preparadas para a oferta de cuidados que alcancem as necessidades do gênero feminino e das mulheres mães, gestantes e puérperas, levando em conta todo constructo social que gira em torno da produção de estigmas – considerando a intersecção entre raça, classe e gênero.

Por fim, compartilhamos o relato de uma das pesquisadoras, que em meio à pesquisa teve contato com a história de uma mulher que há anos, diante do motivo de “ser doida”, teve a guarda de sua filha retirada e foi internada em um hospital psiquiátrico. Atualmente, essa filha, em busca de sua real história, inclusive do nome que recebeu ao nascer, solicitou o desarquivamento do processo de destituição do poder familiar que a colocou para adoção. Ela está em busca de maneiras de reencontrar sua mãe biológica. A história parece se repetir. Se antes eram as mulheres pobres, negras e com sofrimento mental que, com fundamentação em critérios discriminatórios, perdiam a guarda de seus filhos e filhas, hoje são as mulheres pobres, negras e usuárias de drogas. Provavelmente daqui a alguns anos serão as filhas e os filhos das mulheres que fazem uso de drogas que estarão desarquivando processos, em busca de suas histórias.

REFERÊNCIAS

- Abramovay, M., Castro, M. G., Pinheiro, L. de C., Lima, F. de S., & Martinelli, C. da C. (2002). *Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: desafios para Políticas Públicas*. Brasília: UNESCO, BID.
- Afonso, M. L. M., & Abade, F. L. (2008). *Para reinventar as rodas*. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM).
- Almeida, I. P. de (2021). *Destituição do Poder Familiar de Famílias vulneráveis: uma análise à luz do princípio do melhor interesse da criança e do direito à convivência familiar*. Monografia (Graduação em Direito). Faculdade de Direito e Ciências do Estado da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Andrade, B. P., & Aggio, C. M. (2014). Violência Obstétrica: a dor que cala. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. São Paulo, 2014.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barouki, S. (Sem data). *A publicidade dos atos judiciais e administrativos diante do Estatuto da Criança e do Adolescente*. Ministério Público do Paraná, PR.
- Bastos, F. I., & Bertoni, N. (2014). *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: ICIT/ FIOCRUZ.
- Belloc, M. M., Cabral, K. V., & Oliveira, C. S. de (2018). A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. *Revista Saúde em Redes*, 4(supl.1), 37-49.
- Borges, D. M. de L. (2019). *O fluxo de atendimento conjunto a gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade social, nas maternidades de Belo Horizonte: atalhos ou caminhos para o efetivo acesso à justiça adequado à criança e ao adolescente?* Monografia (Graduação em Direito). Faculdade de Direito e Ciências do Estado da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Braga, A. G. M., & Angotti, B. (2015). Da hipermaternidade à hipomaternidade no cárcere feminino brasileiro. *Sur, Rev. int. direitos human.*, 12(22), 229-239.
- Brandão, E. R., & Cabral, C. da S. (2021). Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25(supl.1), 1-16.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF.
- Brasil (1990). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 8.609, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF.

- Brasil (1999) Ministério da Saúde. *Portaria 48, de 11 de fevereiro de 1999*. Brasília, DF.
- Brasil (2001). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. *Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF.
- Brasil (2003). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF.
- Brasil (2006). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Brasília, DF.
- Brasil (2009). Lei n. 12.010, de 3 de agosto de 2009. *Dispõe sobre adoção e dá outras providências*. Brasília, DF.
- Brasil (2010). Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional De Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília, DF.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população de rua*. Brasília, DF.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia de Atenção à Saúde do Recém-Nascido para Profissionais da Saúde*. Brasília, DF.
- Brasil (2015). Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Código de Processo Civil*. Brasília, DF.
- Brasil (2015). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em dados*. Brasília, DF. *Disponível no site do Desinstitute*.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília, DF.
- Bulgarelli et al. (2019). *Violência contra LGBTs+ nos contextos eleitoral e pós-eleitoral*. Gênero e Número.
- Cabral, A. C. L. S., Barros, L. A., & Gonçalves, M. A. B. *Podemos dizer que existe roubo de bebês pelo Estado brasileiro? Maternidades vulneráveis: roubo e tráfico de bebês cometido pelo Estado*. Jota - jornalismo e tecnologia para tomadores de decisão.

- Carmo, M. E. do, & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), 1-14.
- Carneiro, S. (2019). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Hollanda, H. B. (Org). *Pensamento feminista - conceitos fundamentais* (pp.313-321). Rio de Janeiro: Bazar do tempo.
- Carvalho, L. D. P. de (2017). *Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres*. Tese (Doutorado). Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Coelho, I. e O., & Barros, M. H. de (2014). Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate*, 38(101), 359-367.
- Collins, P. H. (2015). Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In: Moreno, R. (Org.). *Reflexões e práticas de transformação feminista* (pp.13-42). São Paulo: SOF.
- Comissão Interamericana de Direitos Humanos – CIDH (2021). *Situação dos Direitos Humanos no Brasil*. Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021.
- Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (2015). *Relatório da Relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto*. Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, A/HRC/31/54, 30 de dezembro de 2015.
- Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG), & Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2018). *Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios*. Dirigido à população brasileira, em especial aos gestores (as), trabalhadores (as), Usuários (as) e familiares do SUS e da Saúde Mental. Minas Gerais, 2018.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília: CFP.
- Conselho Nacional de Justiça – CNJ (2018). *Resolução Nº 254 de 04/09/2018*. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Justiça – CNJ (2019). *Resolução nº 307, de 17 de dezembro de 2019*. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Justiça – CNJ (2021). *Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero 2021*. Brasília, DF.

- Conselho Nacional de Justiça – CNJ (2021). *Resolução nº 425*, de 8 de outubro de 2021. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Justiça – CNJ (2022). *Destituição de poder familiar e adoção de crianças*. Brasília, DF.
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (2017). *Nota pública do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente de repúdio à retirada compulsória de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas*, 19 de outubro de 2017.
- Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais e Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – CRP-MG e CRP-SP (2020). *Caderno de Orientações do CRP-MG e CRP-SP sobre a atuação de psicólogas/os com mulheres/mães e suas filhas/os em situações de vulnerabilidade diversas*. São Paulo: CRP-SP; Belo Horizonte: CRP-MG.
- Corrêa, S., & Petchesky, R. (1996). Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 6(1/2), 147-177.
- Corrêa, S., Alves, J. E. D., & Jannuzzi, P. de M. (2006). Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores In: Cavenaghi, S. (Org.). *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva* (pp.27-34). Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA.
- Corrêa, W. E., Falleiros, T. A. B., Seixas, A. da S., & Nesrala, D. B. (2018). Síntese do caso do acolhimento compulsório de bebês na cidade de Belo Horizonte segundo a Defensoria Especializada da Infância e Juventude da capital. *Revista Saúde em Redes*, 4(supl.1), 227-229.
- Crenshaw, K. W. (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Estudos Feministas*, 10(1), 171-188.
- Crestani, V., & Rocha, K. B. (2018). Risco, vulnerabilidade e o confinamento da infância pobre. *Psicologia & Sociedade*, 30(e177502).
- Cruz, L. R., & Hillesheim, B. (2016). Vulnerabilidade social. In: Fernandes, R. M. C. e Hellmann, A. (Orgs.). *Dicionário crítico: Política de Assistência Social no Brasil* (pp. 300-302). Porto Alegre: UFRGS.
- da Silva, S. S., & Silva, M. R. (2020). Utilização do Kobotoolbox como ferramenta de otimização da coleta e tabulação de dados em pesquisas científicas. *Geoambiente on-line*, 36, 122–140.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0020241.
- Dias, A. L. F., Migliari, W., Rodrigues, G. C. M., & Poleze, L. do S. (2021). *População em Situação de Rua: violações de direitos e (de) dados relacionados à aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte, Minas Gerais*. Belo Horizonte: Marginalia Comunicação.

- Digiácomo, M. J. (2014). *Consulta: Pedido de providência - Instauração de ofício por juiz - Impossibilidade*. Curitiba, PR.
- Diniz, M. H. (2012). *Curso de direito civil brasileiro*. São Paulo: Saraiva.
- Dorneles, A. (2022). *A (des)proteção social de crianças e adolescentes no contexto de governamentalidade neoliberal de caris neofascista no Brasil*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Drummond, A. N., Martins, A. F., Godoy, D. B. G., & Pinto, J. D. A. (2018). Atuação estratégica em direitos humanos contra o afastamento arbitrário de bebês do convívio familiar: reflexões sobre a prática. *Revista Saúde em Redes*, 4(supl.1), 209-220.
- Escohotado, A. (2004). *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona.
- Felizardo, N. (2021). *'Esqueça a sua filha'. Casais ricos do Amapá driblam Lei da Adoção e tiram crianças de famílias pobres com apoio do judiciário*. The Intercept Brasil. 15 mar. 2021.
- Garcia, M. (2016). O uso problemático do crack e a classe média. In: Souza, J. (Org.). *Crack e exclusão social* (pp.103-119). Brasília: Ministério da Justiça.
- Gomes, J. C. A. (2021). Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. *Revista Direito GV*, 17(3), 1-33.
- Gomes, J. D. G. (Coord.) (2017). *Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo: relatório de pesquisa*. São Paulo: Lampião Conteúdo e Conhecimento. Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.
- Guimarães, T. de A. A., & Rosa, L. C. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 21(44), 111-138.
- hooks, b. (2019a). *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos.
- hooks, b. (2019b). *Teoria feminista: da margem ao centro*. São Paulo: Perspectiva.
- Igreja Batista da Lagoinha (201). *Atos hoje - Semanário da Igreja Batista da Lagoinha*. Ano 44, Edição nº 26, de 27/06/2010.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2020). *PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública*. Estatísticas sociais - Agência IBGE Notícias. 04 set. 2020.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2017). *Nota Técnica 21 - Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*. Santos, M. P. G. dos (Coord.). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest). Brasília: IPEA.

- Karmaluk, C. et. al. (2018). De quem é este bebê? Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna! *Revista Saúde em Redes*, 4(supl.1), 169-189.
- Lansky, S. (2018). De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. *Revista Saúde em Redes*, 4(supl.1), 191-208.
- Lansky, S. et al. (2019). Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2811-2824.
- Leal, M. do C. et al (2017). *Atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha: sumário executivo*. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde.
- Leal, M. do C. et al. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Suppl1), e00078816.
- Lionço, T. (2017). Psicologia, democracia e laicidade em tempos de fundamentalismo religioso no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(spe), 208-223.
- Lopes, F. de M. (2015). *As novas comunidades terapêuticas e as velhas políticas sobre “drogas” no Brasil: um estudo de caso sobre a “Aliança pela Vida”*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei.
- Machado, A. R. (2006). *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Machado, A. R., Modena, C. M., & Luz, Z. M. P. da (2020). Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(01), e300118.
- Maciel, K. (2010). *Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Malheiro, L. S. B. (2018). *Tornar-se mulher usuária de crack: Trajetória de vida, cultura de uso e política sobre drogas no Centro de Salvador*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Marques, C. F. et al. (2019). O que significa o desmonte? Desmonte do que e para quem? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe2), e225552.
- Martins, E. F. (2010). *Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Mattar, L. D. (2008). Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur, Rev. int. direitos human.*, 5(8), 60-83.
- Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos, Conselho Regional de Psicologia, Instituto de Direitos Humanos: Pesquisa, Promoção e Intervenção em Direitos Humanos e Cidadania, Fórum Mineiro de Saúde Mental e Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. (2020). *Relatório diligência de instrução na comunidade terapêutica 'Desafio Jovem Maanaim'*. Entidade visitada: Centro de Recuperação Álcool e Drogas Desafio Jovem Maanaim - Projeto Vida Movimento para a Recuperação Humana. Minas Gerais, outubro, 2020.
- Mello, A. G. de., & Rondon, G. (2020). Feminismo, deficiência e autonomia reprodutiva: o aborto em tempos de Zika no Brasil. *Somatosphere*, 17 de fevereiro de 2020.
- Mello, A. G. de; Nuernberg, A. H. (2012). Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos Feministas*, 20(3), 635-655.
- Melo, R. V. (2018). O Cuidado das mulheres na dependência química. In Santos, M. P. G. dos (Org.). *Comunidades terapêuticas - temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Mendes, A. (2016). *Vitorias em 42 comunidades terapêuticas apontam violações de regras e direitos*. Hoje em Dia. Minas. Publicado em 07 de outubro de 2016.
- Minayo, M. C. de S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Santa Catarina, Florianópolis: UFSC.
- Moreira, L. E., & Nardi, H. C. (2009). Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). *Estudos Feministas*, 17(2): 344, 569-594.
- Motta, M. A. P. (2017). *Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção*. São Paulo: Editora Cortez.
- Mountain, I. (2017). Políticas de drogas e interseções de gênero, raça e sexualidade. In: Figueiredo, R., Feffermann, M., e Adorno, R. (Org.). *Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Nacif, L. M. de F. M. (2016). *Nascer em Belo Horizonte: adequação da estrutura das maternidades e resultados obstétricos e perinatais*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Nesrala, D. B. (2019). *Sistema de garantias de Direitos de Crianças e Adolescentes: técnicas de governança como instrumento de acesso à Justiça pela via dos Direitos*. Belo Horizonte: Editora D'Plácido.

- Nesrala, D. B., & Thibau, T. C. S. B. (2018). Alienação parental estatal. *Revista Brasileira de Direito Civil em Perspectiva*, 4(1), 39-60.
- Oliveira, A. A. (2020). “Quem tem direito a querer ter/ser mãe?” *Dinâmicas entre gestão, instâncias estatais e ação política em Belo Horizonte (MG)*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Organização das Nações Unidas – ONU (1994). *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994.
- Ortiz, J., Hofmeister, N., & Lisboa, S. (2021). “Quero poder cuidar do meu filho”: a luta de uma família afastada do bebê na maternidade. Grupo Matinal Jornalismo.
- Passos, R. G., & Silva, J. T. da (2021). Maternidade para quem? Mulheres negras, cuidado colonial e drogas. In: Moraes, C. A. de S. (Org.). *Serviço Social e Trabalho Profissional na área da saúde* (pp.78-92). Uberlândia: Navegando. p. 78-92.
- Passos, R. G., Farias, J. S. de, Gomes, T. M. da S., & Araujo, G. de C. L. de (2020). Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*, 12(2), 125–140.
- Passos, R. G., Meyre da Silva Gomes, T., Souza de Farias, J., & de Castro Lopes de Araújo, G. (2021). A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(37), 42-64.
- Pontes, M. G. (2019). *Mães Órfãs: produzindo novos olhares a partir de modos de existência e resistência singulares*. Dissertação (Mestrado Profissional). Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Prado, M., & Saraiva, I. (2012). A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia*. 17(2), 305-312.
- Reis, G. M. (2019). *Mães órfãs: cartografia das tensões e resistências ao abrigo compulsório de bebês em Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado Profissional). Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Resende, N. (2021). Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In: Rui, T. & Fiore, M. (Ed.) *Working Paper Series - Comunidades terapêuticas no Brasil*. Brooklyn: Social Science Research Council.
- Rios, A. G. (2017). *O Fio de Ariadne: Sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de

Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Rosato, C. M. (2017). *O acolhimento institucional de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas: violência estatal contemporânea*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress: Transformações, conexões e deslocamentos. Anais Eletrônicos, Florianópolis.

Ross, L. (2007). What is reproductive justice? In: *Reproductive justice briefing book: a primer on reproductive justice and social change*. Atlanta, EUA.

Saad, L. G. (2019). *'Fumo de Negro': a criminalização da maconha no pós-abolição*. Salvador: EDUFBA.

Sanches, H. C. C. (2014). *Da Vara de Menores a Vara da Infância e Juventude: Desafios para a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes no Sistema de Justiça brasileiro*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Sarmiento, C. S. (2020). *"Por que não podemos ser mães?": tecnologias de governo, maternidade e mulheres com trajetória de rua*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Scheinvar, E. (2018). Conselho tutelar não se escreve com maiúscula. *Arq. bras. psicol.*, 70(spe), 05-116.

Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. *Relatório de Vitorias em Comunidades Terapêuticas do Programa Aliança pela Vida*. Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, 2016. Minas Gerais: 2016.

Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. *Resolução CMAS-BH nº 020, de 13 de setembro de 2017*.

Silva, R. A. da (2015). *Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam*. Dissertação (Mestrado Profissional). Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Soares, G. (2020). *Investimento federal em comunidades terapêuticas sobe 95%*. Folha de São Paulo. Cotidiano. Publicado em novembro de 2020.

Souza, I. S. de. (2017). *Determinantes da institucionalização de crianças e adolescentes em tempos da Doutrina da Proteção Integral*. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Política e Serviços de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Souza, J. C. de. (2014). *A convivência familiar e comunitária e o acolhimento institucional*. São Paulo: Editora Pillares.

- Souza, M. B., & Nogueira, M. T. G. (2018). A Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte e o cuidado em liberdade: do direito à cidadania ao direito à maternidade. *Revista Saúde em Redes*, 4(s.1), 115-128.
- Teixeira, A. C. B., & Vieira, M. de M. (2015). Construindo o direito à convivência familiar de crianças e adolescentes no Brasil: um diálogo entre as normas constitucionais e a Lei n. 8.069/1990. *Civilistica.com.*, a.4(2), 1-29.
- Theodoro Júnior, H. (2019). *Curso de Direito Processual Civil*, Vol. 1. Rio de Janeiro: Forense.
- Vargas, E. V. (2006). Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Revista de Antropologia*, 49(2), 581-623.
- Vay, G. S., Glens, M., Schweikert, P. G. M., & Oliveira, S. B. de (2016). O caminho necessário do processo de adoção - pela proteção integral dos direitos da criança e do adolescente. *Revista Liberdades*, 22, 115-127.
- Ventura, M. (Org.) (2003). *Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito*. Rio de Janeiro: ADVOCACI.
- Vieira, M. de M. (2014). *Direito de crianças e adolescentes à Convivência Familiar*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Direito da Faculdade de Direito e Ciências do Estado da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Vieira, O. V. (2007). A desigualdade e a subversão do Estado de Direito. *Sur, Rev. int direitos humanos*, 4(6), 28-51.
- Villar, N. L., & Santos, M. P. G. d. (2018). Sexualidade e relações de gênero nas comunidades terapêuticas: Notas a partir de dados empíricos. In Santos, M. P. G. dos (Org.). *Comunidades terapêuticas - temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA.
- World Association for Sexual Health – WAS (2014). *Declaration of Sexual Rights*. Declaração revisada e aprovada pela WAS Advisory Council em março de 2014 e ratificada pela WAS General Assembly, em Singapura, 2015.

Roteiro para análise documental dos processos de medida de proteção

A. Provocação do juízo (PJ)

A.1 Há petição inicial?

- Sim
- Não

A.2 Quem é o autor da petição inicial?

- Ministério Público
- Legítimo Interessado

Indique o legítimo interessado: _____

A.3 Quais as provas que instruíram a petição inicial? (Opção múltipla)

- Boletim de Ocorrência da Polícia Civil
- Boletim de Ocorrência da Polícia Militar
- Relatório de Maternidade Pública
- Relatório de Maternidade Privada
- Relatório ou denúncia feita pelo Conselho Tutelar
- Relatório do Centro de Saúde
- Relatório do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
- Relatório do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)
- Relatório do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/CERSAM)
- Relatório do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD)
- Relatório do Consultório de Rua
- Relatório da Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade (EMAP-GPV)
- Relatório de Unidade de atendimento de medida socioeducativa - Centro de internação
- Relatório de Unidade de atendimento de medida socioeducativa - Casa de semiliberdade
- Relatório de Instituto Educacional de ensino fundamental e médio
- Relatório de Escola Municipal de Educação Infantil (UMEI/EMEI)
- Outro
- Não Consta

Quais as outras provas que instruíram a petição inicial? _____

A.4 O procedimento foi distribuído de ofício?

- Sim
- Não

A.5 Qual a instituição/pessoa comunicou ao juízo a situação da criança, que subsidiou a instauração do procedimento?

- Polícia Civil
- Polícia Militar
- Maternidade pública de Belo Horizonte
- Maternidade privada de Belo Horizonte
- Centro de saúde de Belo Horizonte
- Conselho Tutelar de Belo Horizonte
- Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

- Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/CERSAM)
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD)
- Consultório de Rua
- Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade
- Unidade de atendimento de medida socioeducativa - Centro de internação
- Unidade de atendimento de medida socioeducativa - Casa de semiliberdade
- Instituto Educacional de ensino fundamental e médio
- Escola Municipal de Educação Infantil (UMEI/EMEI)
- Disque 100
- Outro
- Não consta

Especificar: Maternidade pública; conselho tutelar - regional; centro de saúde - regional; CRAS - regional; CAPS - regional; instituição educacional ou UMEI/EMEI; outras.

Exemplo: nome da maternidade pública: (Opção única)

- Hospital das Clínicas da UFMG
- Hospital Julia Kubitschek
- Hospital Municipal Odilon Behrens
- Hospital Sofia Feldman
- Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves
- Maternidade Odete Valadares
- Santa Casa de Belo Horizonte

A.6 A comunicação ao juízo é acompanhada de qual(is) documento(s)? (Opção múltipla)

- Boletim de Ocorrência da Polícia Civil
- Boletim de Ocorrência da Polícia Militar
- Relatório de Maternidade Pública
- Relatório de Maternidade Privada
- Relatório ou denúncia feita pelo Conselho Tutelar
- Relatório do Centro de Saúde
- Relatório do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
- Relatório do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)
- Relatório do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/CERSAM)
- Relatório do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD)
- Relatório do Consultório de Rua
- Relatório da Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade (EMAP-GPV)
- Relatório de Unidade de atendimento de medida socioeducativa - Centro de internação
- Relatório de Unidade de atendimento de medida socioeducativa - Casa de semiliberdade
- Relatório de Instituto Educacional de ensino fundamental e médio
- Relatório de Escola Municipal de Educação Infantil (UMEI/EMEI)
- Outro
- Não Consta

B. Primeiras decisões relativas ao acolhimento (PDA)

B.1 Na primeira decisão, em que houve determinação de acolhimento, houve menção expressa às hipóteses do art. 98? (Opção única)

- Sim
- Não

B.2 Há menção a qual(is) hipótese(s) do art. 98 do ECA? (opção múltipla)

- Ação ou Omissão da sociedade ou do Estado
- Abuso dos pais ou responsáveis
- Falta dos pais ou responsáveis
- Omissão dos pais ou responsáveis

B.3 Qual(is) tipo(s) de abuso? (opção múltipla)

- Psicológico
 - Físico
 - Sexual
 - Outros
 - Não há especificação
- Qual outro tipo de abuso? _____

B.4 Há, na primeira decisão, outra(s) fundamentação(ões) para o acolhimento? (Opção única)

- Sim
- Não

B.5 Há fundamentação baseada em condições relativas à genitora? (Opção única)

- Sim
- Não

B.6 Qual(is) é/são essas condições relativas à genitora?

- Uso de drogas, antes da gravidez
- Uso de drogas, durante a gravidez
- Uso de drogas, após o nascimento da criança
- Situação de rua
- Trajetória de rua
- Condição de saúde física/enfermidade
- Saúde mental
- Passagem pelo sistema prisional
- Passagem pelo sistema socioeducativo
- Idade
- Ocupação
- Desemprego
- Situação habitacional
- Carência de recursos materiais
- Não realização do pré-natal
- Outras

Indique outra(s) condição(ões) relativas à genitora: _____

B.7 Há fundamentação baseada em condições relativas ao genitor? (Opção única)

- Sim
- Não

B.8 Qual(is) é/são a(s) condição(ões) relativas ao genitor?

- Uso de drogas, antes do nascimento da criança
- Uso de drogas, após o nascimento da criança
- Situação de rua
- Trajetória de rua
- Condição de saúde física/enfermidade
- Saúde mental

- Passagem pelo sistema prisional
- Passagem pelo sistema socioeducativo
- Idade
- Ocupação
- Desemprego
- Situação habitacional
- Carência de recursos materiais
- Outras

Indique outra(s) condição(ões) relativas ao genitor: _____

B.9 Há outra(s) fundamentação(ões) da decisão?

- Sim
- Não

B.9.1 Indique outra(s) fundamentação(ões) da decisão:

- Situação de violência doméstica como situação de risco à qual a criança é submetida
- Desatualização do cartão de vacina da criança
- Irmãos acolhidos institucionalmente
- Não há nenhuma outra fundamentação
- Outro

B.10 Houve intimação pessoal/notificação da genitora da decisão de acolhimento?

- Sim
- Não
- Mandados foram expedidos, mas genitores não foram encontrados

B.11 Houve intimação pessoal/notificação do genitor da decisão de acolhimento?

- Sim
- Não
- Mandados foram expedidos, mas genitores não foram encontrados

C. Decisão da suspensão de visita (DSV)

C.1 Houve suspensão de visitas da família de origem, por decisão judicial?

- Sim
- Não

C.2 Na própria decisão em que foi determinado o acolhimento institucional da criança, houve a determinação da suspensão/proibição de visitas?

- Sim
- Não

C.3 Houve intimação dos genitores da decisão de suspensão de visita?

- Sim
- Não

C.4 Há, na decisão de suspensão de visitas, fundamentação baseada em: (Opções múltiplas)

- Frequência de visitação da genitora
- Frequência de visitação do genitor
- Frequência de visitação de pretendentes à guarda
- Não há menção à frequência de visitas

D. Citação dos genitores (CG)

D.1 Houve citação dos genitores?

- Sim, de ambos
- Sim, mas apenas da genitora
- Sim, mas apenas do genitor
- Não, não houve citação de nenhum deles

D.2 Em que momento do procedimento foi realizada a citação da genitora?

- Após a instauração do procedimento e antes da primeira decisão judicial
- Após a primeira decisão judicial, conforme determinação contida na parte dispositiva
- Em outro momento do processo

D.3 Em que momento do procedimento foi realizada a citação do genitor?

- Após a instauração do procedimento e antes da primeira decisão judicial
- Após a primeira decisão judicial, conforme determinação contida na parte dispositiva
- Em outro momento do processo

E. Caracterização da Família (CF)

E.1 De acordo com as informações constantes do processo, qual a raça da genitora da criança a quem foi aplicada a medida?

- Preta
- Parda
- Branca
- Amarela
- Indígena
- Outra
- Não registrado no processo
- Informações divergentes

E.2 Qual órgão registrou a raça da genitora da criança a quem foi aplicada a medida? (Opções múltiplas)

- Polícia Civil (boletim de ocorrência)
- Polícia Militar (boletim de ocorrência)
- Unidade de acolhimento institucional
- Maternidade Pública
- Maternidade Privada
- Conselho Tutelar
- Centro de Saúde
- Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
- Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/CERSAM)
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD)
- Consultório de Rua
- Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade
- Setor de Estudos Familiares (SEF)
- Unidade de atendimento de medida socioeducativa - Centro de internação
- Unidade de atendimento de medida socioeducativa - Casa de semiliberdade
- Instituto Educacional de ensino fundamental e médio
- Escola Municipal de Educação Infantil (UMEI/EMEI)
- Outro

E.3 O órgão que registrou a raça da genitora indicou a forma de declaração?

- Sim, por autodeclaração
- Sim, por heterodeclaração
- Não registrado no processo

F. Saúde Mental (SM)

F.1 Há registro nos autos de passagem da mãe por Centro de Atenção Psicoterapêutica (CAPS) ou Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM)?

- Sim
- Não

F.2 Há registro nos autos de passagem da mãe por Comunidade Terapêutica?

- Sim
- Não

205

G. Sentença (ST)

G.1 Foi proferida sentença?

- Sim
- Não

Após quantos meses da instauração do processo foi proferida a sentença? _____

H. Decisão que concluiu o processo (DF)

H.1 Qual foi o teor da decisão?

- Reintegração à família natural
- Reintegração à família extensa
- Reintegração a outro familiar com vínculo socioafetivo
- Encaminhamento para acolhimento familiar
- Encaminhamento para família substituta
- Outra

Especificar outra sugestão de encaminhamento: _____

H.2 O julgador decidiu pelo encaminhamento sugerido pela instituição do acolhimento?

- Sim
- Não

H.3 Em qual(is) relatórios essa decisão judicial se embasou?

- PIA
- Relatório circunstanciado
- Relatório conclusivo
- Relatório do SEF
- Nenhum

H.4 Após quantos meses da instauração do processo foi proferida a decisão que o concluiu? ____

H.5 Na decisão que conclui o processo, há fundamentação baseada em condições relativas à genitora?

- Sim
- Não

H.5.1 Qual(is) é/são essa(s) condição(ões) relativa(s) à genitora?

- Uso de drogas, antes do nascimento da criança
- Uso de drogas, durante a gravidez
- Uso de drogas, após o nascimento da criança
- Situação de rua
- Trajetória de rua
- Condição de saúde física/enfermidade
- Saúde mental
- Passagem pelo sistema prisional
- Passagem pelo sistema socioeducativo
- Idade
- Ocupação
- Desemprego
- Situação habitacional
- Carência de recursos materiais
- Não realização do pré-natal
- Outras

Indique outras condições relativas à genitora: _____

H.6 Na última decisão, há fundamentação baseada em condições relativas ao genitor?

- Sim
- Não

H.6.1 Qual(is) é/são essa(s) condição(ões) relativa(s) ao genitor?

- Uso de drogas, antes do nascimento da criança
- Uso de drogas, após o nascimento da criança
- Situação de rua
- Trajetória de rua
- Condição de saúde física/enfermidade
- Saúde mental
- Passagem pelo sistema prisional
- Passagem pelo sistema socioeducativo
- Idade
- Ocupação
- Desemprego
- Situação habitacional
- Carência de recursos materiais
- Outras

Indique outras condições relativas ao genitor: _____

H.7 Na última decisão, há fundamentação baseada em condições relativas ao(s) pretendente(s) à guarda?

- Sim
- Não

H.7.1 Qual(is) é/são essa(s) condição(ões) relativa(s) ao(s) pretendente(s) à guarda?

- Uso de drogas, antes do nascimento da criança
- Uso de drogas, após o nascimento da criança
- Situação de rua
- Trajetória de rua
- Condição de saúde física/enfermidade
- Saúde mental
- Passagem pelo sistema prisional
- Passagem pelo sistema socioeducativo
- Idade
- Ocupação
- Desemprego

- Situação habitacional
- Carência de recursos materiais
- Outras

Indique outras condições relativas aos pretendentes à guarda: _____

H.8 Na decisão que conclui o processo, há fundamentação baseada em outros motivos?

- Sim
- Não

H.8.1 Quais são as outra(s) fundamentação(ões) da decisão que conclui o processo, não relacionadas aos genitores?

- Situação de violência doméstica como situação de risco à qual a criança é submetida
- Desatualização do cartão de vacina da criança
- Irmãos acolhidos institucionalmente
- Não há nenhuma outra fundamentação
- Outro

Indique outra fundamentação da decisão: _____

207

I. Destituição do Poder Familiar (DPF)

I.1 Há ação de destituição do poder familiar?

- Sim
- Não

I.2 A ação de destituição do poder familiar foi ajuizada após quantos meses da data da instauração da medida de proteção? _____

I.3 A ação de destituição do poder familiar foi ajuizada após a juntada do relatório conclusivo aos autos do procedimento de medida de proteção?

- Sim
- Não

I.4 Há decisão de suspensão do poder familiar dos genitores?

- Sim
- Não
- Não consta no processo

J. Adoção (ADC)

J.1 No momento processual em que os autos foram consultados, a criança estava sob guarda para fins de adoção?

- Sim
- Não

J.2 Quem estava exercendo a guarda da criança?

- Família extensa
- Família com vínculo socioafetivo
- Família substituta oriunda de cadastro nacional ou cadastro local de adoção

J.3 Quantos meses após o ajuizamento da ação de destituição do poder familiar o termo de guarda para fins de adoção foi expedido? _____

Eixos e questões orientadoras para realização das entrevistas

DIREITO À SAÚDE: Antes de iniciar o tratamento neste local, você foi submetida a algum tipo de teste, avaliação médica/psicológica ou teve que realizar algum procedimento médico? Durante o período em que esteve nesse local, você sofreu algum tipo de ameaça ou passou por alguma situação constrangedora pelo fato de ser mulher? Caso você tenha desejado/necessitado buscar informações sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, foi (ou é) possível acessar informações/receber orientações da equipe que a acompanhava nesse local?

LIBERDADE PARA CONTRACEPÇÃO: Durante o tratamento, você recebeu orientações ou teve acesso a métodos contraceptivos? Durante o tratamento, você foi forçada ou induzida a utilizar algum método contraceptivo ou realizar algum procedimento médico com fins contraceptivos? Caso tenha passado pelo procedimento de ligadura de trompas (esterilização), a decisão foi sua?

LIBERDADE PARA EXERCER ATIVIDADE SEXUAL/AFETIVA: Durante o tratamento, você teve algum relacionamento afetivo e/ou sexual? Havia alguma restrição nesse sentido? Havia alguma regra relacionada à sexualidade? O tema da sexualidade era abordado durante as atividades e atendimentos? Você pode/podia se relacionar afetivamente e livremente com pessoas que também estavam/estão em tratamento no mesmo local que você? E com pessoas que estavam/estão fora do local de tratamento?

LIBERDADE PARA DECIDIR COMO DAR À LUZ: Durante o tratamento, caso você tenha passado por uma gravidez, você fez acompanhamento pré-natal? Como foi o pré-natal? Você optou por algum tipo de parto? Você foi informada acerca dos procedimentos que seriam feitos e sobre quais eram as possibilidades?

LIBERDADE PARA EXERCER OU NÃO A MATERNIDADE: Os profissionais que te atenderam nesses serviços interferiram ou se manifestaram de alguma forma sobre o seu desejo de ser/não ser mãe? Houve alguma pressão/incentivo para que você não entregasse o seu filho sob a guarda de outra pessoa ou para a adoção? Houve alguma pressão para que fizesse o contrário?

LIBERDADE PARA CUIDAR DE SEUS FILHOS: Durante o tratamento, houve alguma interferência no cuidado com seus filhos? Houve algum impedimento/restrição para que você cuidasse de seus filhos e/ou mantivesse contato com eles?

SER VISTA COMO SUJEITO NA E PARA ALÉM DA GRAVIDEZ E NA MATERNIDADE: Você percebeu alguma diferença de tratamento, alguma mudança do olhar da equipe/instituição, em como você era vista pelas pessoas durante a gravidez e em razão dela? Da mesma forma, percebeu alguma diferença na relação com as pessoas em razão de ter se tornado mãe?

ACESSO À JUSTIÇA: Diante dessa violação que você relatou/ desse processo judicial que interferia nos seus direitos, os profissionais que te acompanhavam deram orientações sobre como conseguir acompanhamento jurídico (de um advogado/defensor)?



CLÍNICA DE DIREITOS
HUMANOS DA UFMG



**FÓRUM
MINEIRO DE
SAÚDE MENTAL**