



Caderno de orientações do CRP-MG e CRP-SP sobre a
**atuação de psicólogas/os com
mulheres/mães e suas/seus filhas/os em**

***situações de
vulnerabilidade
diversas***

Caderno de orientações do CRP MG e CRP SP sobre a
**atuação de psicólogas/os com
mulheres/mães e suas/seus filhas/os em**

situações de vulnerabilidade diversas



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS



Conselho
Regional de
PSICOLOGIA SP

Sumário

Considerações iniciais	7
Mulheres/mães em situação de rua.....	11
Mulheres/mães em situação de vulnerabilidade e pobreza	15
Mulheres/mães em privação de liberdade ou situação de cárcere	17
Mulheres/mães e uso de álcool e outras drogas.....	19
Mulheres/mães, uso de álcool e outras drogas e amamentação	23
Mulheres/mães e saúde mental	27
Mulheres/mães, vínculo materno e questões de gênero.....	29
Mulheres/mães que desejam entregar seus filhos para adoção.....	35
Mulheres/mães negras e o racismo institucional.....	37
Mulheres/mães e a institucionalização de crianças	41
Mulheres/mães e a avaliação psicológica.....	43
Considerações finais	45
Referências Bibliográficas	49

Considerações iniciais

Em diversas regiões do Brasil, especificamente, nos estados de Minas Gerais e São Paulo, são relatadas situações de separação, abrupta e precoce de bebês das mulheres/mães, com encaminhamento para acolhimento institucional, sem que haja o devido acionamento e articulação da rede de apoio, atenção e cuidado da mulher e da criança, desrespeitando princípios dispostos em nossa Constituição Federal de 1988¹ e, especialmente, na Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA)². O marco legal relacionado foi reforçado mais recentemente pela Lei nº 13.527/2016, que trata de política públicas para primeira infância³. Os órgãos governamentais e de controle social das

1 Art. 227 – Constituição Federal/88: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

2 Art. 4º – E.C.A – Lei 8069/90: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

3 Destacando nos seus arts. 13 e 14 da Lei nº 13.527/2016: o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com prioridade aos contextos que apresentem riscos ao desenvolvimento da criança; a

principais políticas públicas de atendimento também se colocaram sobre o assunto com documentos técnicos, como a Nota Técnica 01/2016 do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a Recomendação nº 11/2016 do Conselho Nacional de Saúde, Nota Técnica do CRP SP sobre o Exercício da Maternidade por Mães que fazem uso de crack e outras drogas (agosto/2016), dentre outras.

Desde 2014, em Belo Horizonte, por exemplo, tem ocorrido imensa mobilização social por meio de audiências públicas, manifestações, reuniões de rede, entre outros, que problematizam o encaminhamento dado aos casos de retirada compulsória de bebês das mulheres/mães em situação de rua, pobreza extrema, exclusão social, usuárias de álcool e outras drogas, sofrimento mental, dentre outras vulnerabilidades. Indicadores de pesquisas nas cidades de Jundiaí, São Paulo e Campinas têm evidenciado que o problema não é regionalizado, mas que ocorre em diversos municípios brasileiros. Desde então, temos acompanhado um grande aumento dos casos de crianças que são encaminhadas para o acolhimento institucional com a suspensão e/ou perda do poder familiar.

A Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Plano Nacional de Promoção Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, do CONANDA-CNAS/2006, zelam pelo direito à convivência familiar, e a intervenção estatal. Caso isso aconteça, deve ser prioritariamente voltada à orientação, apoio e promoção social das famílias. Entretanto, a ausência, falhas e/ou falta de articulação das políticas públicas para o atendimento dessas famílias, bem como atuação profissional demandante de sensibilização e capacitação na temática, têm feito com que o acolhimento institucional seja, constantemente, a primeira medida aplicada em muitos casos. Inverte-se, portanto, a lógica assegurada por lei da prioridade da permanência da criança com a família de origem e suprimem-se os recursos de suporte protetivo socioassistencial e de saúde. Para que isso não aconteça, é importante que a referência dos

prioridade nas políticas sociais públicas a famílias em situações de vulnerabilidade ou risco ou direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança; e a orientação sobre maternidade e paternidade responsáveis para favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância.

casos seja pautada por um projeto terapêutico singular e por um plano de acompanhamento familiar, com propostas de condutas articuladas, direcionadas a cada criança, família ou coletividade, apresentando como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para cada pessoa assistida, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito, em pactuação conjunta e corresponsabilização.

A medida de separação de crianças das mulheres/mães⁴ tem sido largamente feita de forma que pode ser considerada arbitrária – justificada por situação de pobreza, uso de álcool e outras drogas, sofrimento mental, dentre outras vulnerabilidades – sem garantia do direito ao contraditório, com decisões totalitárias e, frequentemente, sem embasamento técnico, utilizando-se de argumentos ou se valendo de estratégias não previstas em legislação e, em muitos casos, até mesmo antes do nascimento da/o bebê, como suposta forma preventiva. Notadamente, procedimentos realizados dessa maneira violam os direitos tanto das mulheres/mães quanto das crianças e não condizem com a lógica dos Direitos Humanos, que preconiza a indivisibilidade e indissociabilidade dos direitos. Ademais, a prática de separação implica a presunção infundada de negligência por parte das mulheres/mães, ao concluir, antecipadamente, que esta, devido a diversas situações de vulnerabilidade, não será capaz de exercer a maternidade e cumprir o poder familiar. A situação se agrava quando o caso não é acompanhado por ofertas de políticas públicas adequadas de acompanhamento e que promovam uma rede de proteção para mulheres/mães, bebês e familiares.

A proteção da criança e do adolescente constitui responsabilidade integrada que compete ao Ministério Público, ao Poder Judiciário, à Defensoria Pública, ao Conselho Tutelar, aos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, às entidades não governamentais, às políticas públicas intersetoriais de garantia de direitos, como as de saúde e de assistência social, bem como à sociedade e à família. Para tanto, há um fluxo a ser seguido que, ao não ser acionado ou ao ser interrompido, perde sua eficácia e pode incorrer em resultados inadequados e violadores de direitos.

⁴ Optamos por separar e, ao mesmo tempo, juntar as posições de mulher/mãe para auxiliar na leitura da complexidade dos sistemas envolvidos. Parece-nos fundamental evidenciar as questões de gênero que envolvem as posições de sujeito e os processos de subjetivação das mulheres nesse lugar da maternidade.

Os Conselhos Regionais de Psicologia de Minas Gerais e de São Paulo têm um caminho na luta por uma Psicologia eticamente comprometida com a garantia de direitos, o que inclui a defesa dos interesses individuais e coletivos das crianças, adolescentes, mulheres, famílias em situação de violência e de outros grupos sociais vulnerabilizados. Ainda há muito a se construir na perspectiva do cuidado, o que demanda a articulação de variáveis diversas e avaliações complexas, com perspectivas analíticas interseccionais, das/os profissionais responsáveis.

Desse modo, orientamos às/aos psicólogas/os envolvidas/os no atendimento às gestantes e mulheres/mães em situação de rua, pobreza extrema, exclusão social, usuárias de álcool e outras drogas, sofrimento mental, vivenciando desigualdades de gênero e raça, dentre outras vulnerabilidades, nas diversas instâncias de trabalho, como na saúde, na assistência social, no judiciário, no sistema penitenciário e outras, que considerem as reflexões que se seguem para qualificarem a referência desses casos, proporcionando uma prática em consonância com o Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o e demais legislações pertinentes.

Mulheres/mães em situação de rua

O fato de as mulheres/mães estarem em situação de rua não as torna inaptas para o exercício da maternidade. Vítimas da injustiça social e parte da amplitude do conceito elaborado no Decreto 7.053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, como “grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelidas a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por caráter temporário ou de forma permanente”. É importante que a/o profissional da Psicologia, em sua atuação, construa uma intervenção pautada na amplitude e heterogeneidade desse público, atenta às relações e vínculos desfeitos e reconstruídos no percurso de cada mulher.

A maternidade, ao se apresentar para as mulheres em situação de rua, pode ser o início de um processo de construção de novas relações sociais, sendo um fator de atenção para um trabalho conjunto e intersetorial, a ser direcionado para a mãe e seu bebê. Podemos observar a importância do trabalho complementar na pontuação do relatório da pesquisa intitulada: *“Primeira infância e maternidade nas ruas da*

cidade de São Paulo”⁵, que menciona a separação da criança de sua mãe como um fator que muitas vezes conduz ao retorno à situação de rua em condições mais delicadas e traumatizadas com a perda, com recusa aos serviços oferecidos, evidenciando a importância e o compromisso ético na efetivação deste trabalho.

Destaca-se que a/o profissional, além do trabalho direto com as/os envolvidas/os, deve articular estratégias de desconstrução de imagens estigmatizantes e de ressignificação social dessas mães, na ampliação do olhar sobre as diferentes formas de cuidado e a garantia do direito da convivência familiar, preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente. Como destacado por Ariane Rios (2017)⁶, há um paradoxo entre a visibilidade e invisibilidade feminina, sendo a gravidez um fator que torna essas mulheres visíveis ao julgamento da sociedade, que estaria mais propensa a *condenar moralmente do que a oferecer acolhimento e cuidado*.

O cuidado precisa ser construído conjuntamente e o acolhimento familiar pode ser uma das alternativas. Existe ainda o fenômeno de circulação de crianças, que é uma experiência de sobrevivência de famílias em situação de vulnerabilidade, e se configura a partir do momento em que as mulheres/mães temporariamente deixam suas/seus filhas/os aos cuidados de terceiros, familiares ou rede de solidariedade, enquanto trabalham, fazem tratamentos de saúde ou vivem outra situação momentânea que as impossibilita de exercer o cuidado direto⁷.

5 GOMES, Janaína Dantas Germano (Coord.). **Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo**: relatório de pesquisa. São Paulo: Lampião Conteúdo e Conhecimento, 2017. 115 p. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP.pdf

6 Rios, Ariane Goim. **O fio de Ariadne**: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado UNICAMP, 2017. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/325079/1/Rios_ArianeGoim_M.pdf

7 Segundo **Fonseca** (2002), a circulação de crianças refere-se a uma prática com densidade histórica que evoluiu em determinada conjuntura, mas que nunca ficou suspensa a sociedade, sendo uma estrutura básica de organização de parentesco, de grupos brasileiros de baixa renda. Proporcionando estratégias de sobrevivência e acompanhamento carinhoso de diversas gerações de jovens brasileiros. Muitas pessoas consideram que o cuidado da criança não é um assunto que se limita à mãe, nem ao casal. Dessa forma, a mobilização da rede de adultos que se estende para além do grupo de parentesco, e o descolamento da criança ocasionalmente acontece por conta de uma situação de crise. Muitas vezes, opera conforme o princípio da bifiliação, aproximando as crianças tanto de parentes patrilineares como matrilineares, um detalhe que é esquecido com frequência. Como qualquer outra dinâmica familiar possuem situações conflituosas, contudo, no caso das populações pobres, o fenômeno da circulação de crianças, muitas vezes, só ganha visibilidade com os casos mais problemáticos, evidenciando os perigos desses reducionismos, uma vez que quando se trata de pobres, um acontecimento que era para ser caso isolado se torna emblemático. Acesso ao artigo completo: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30384.pdf>

Destaca-se, dentre os Princípios Fundamentais estabelecidos no Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o, que cabe à/ao psicóloga/o atuar com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural, com um olhar ampliado sobre a realidade das pessoas que atende. Essa diretriz se torna fundamental na atuação com mulheres/mães em situação de rua, cabendo à/ao profissional desconstruir posturas culpabilizantes e estigmatizadoras, na compreensão de desafios e potencialidades do seu contexto.

Mulheres/mães em situação de vulnerabilidade e pobreza

O fato de as mulheres/mães estarem em situação de vulnerabilidade social e/ou pobreza não as incapacita para o cuidado com crianças e o exercício da maternidade, como previsto no artigo 23 do ECA. A norma determina que, não existindo outro motivo que enseje a perda ou suspensão do poder familiar, a criança será mantida em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção. Assim, mulheres/mães que se encontram em situação de vulnerabilidade social e/ou pobreza têm o direito ao exercício da maternidade. A atuação da/o psicóloga/o deve ser orientada no sentido de considerar o desejo da mulher/mãe em exercê-la, dentro de suas possibilidades e na perspectiva da defesa de seus direitos.

Respeitando a legislação e os preceitos éticos da profissão, a/o psicóloga/o realizará a escuta qualificada da mulher/mãe e considerará toda a rede de proteção e a família extensa existente antes de aventar qualquer possibilidade de indicação de acolhimento exclusivo da criança, em separado de sua mãe/

família⁸. A capacidade protetiva não pode ser avaliada a partir de um modelo padrão ou ideal, mas sim deve considerar a possibilidade de acesso às redes de proteção, recursos e apoio, bem como às diversas estratégias de organização do cuidado utilizadas pelas mulheres/mães e famílias. Caso haja dificuldade no acesso às redes e a recursos, órgãos como do Sistema de Justiça podem ser acionados para a garantia desses direitos. Em suma, deve-se compreender as maternidades possíveis nos diferentes contextos sócio-econômico-culturais e compreender os serviços e equipamentos socioassistenciais e de saúde de cada território, bem como os órgãos e instituições que podem ser acionados, caso haja identificação de violações de direitos, inclusive pelo Estado.

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 significativas⁹. Em episódios nos quais ocorrem falhas na rede, os acolhimentos familiares que incluam mulheres/mães, bebês e outra figura responsável pela criança (como o pai, companheira/o, tio/a, avó/ô, amiga/o, etc.) devem ser buscados. Ainda que morar na rua possa ser considerado uma violação à dignidade das mulheres/mães e das crianças, tal violação decorre primeiramente da falta de oferta e acesso a políticas públicas adequadas de habitação e da profunda e não superada desigualdade econômica de nosso país, cujas origens históricas remontam aos tempos da escravidão.

8 A palavra “família” se restringe com frequência no nosso imaginário social à família conjugal, uma família que se implica com a co-residência de seu casal e filhos, a centralização do Estado, por exemplo, e a individualização de salários. Em processo de enclausuramento progressivo, essa família se retirou da rede extensa de parentela e compartimentalizou os espaços e seus membros. Portanto, esse modelo nuclear de família se apresenta como um conceito analítico com ideia pré-definida no imaginário social. Atualmente, esse modelo nuclear hegemônico não prevalece da mesma forma que antigamente, uma vez que há fissuras nesse ideal e outras formas de organização familiar.

9 Considerar que algumas mulheres vão para a situação de rua para fugir de um contexto familiar violento.

Mulheres/mães em privação de liberdade ou situação de cárcere

O fato de as mulheres/mães estarem em situação de privação de liberdade (ou situação de cárcere) não as incapacita para o cuidado com crianças. Assim, a situação de privação de liberdade não pode ser motivo por si só para indicação de ausência de capacidade do exercício da maternidade, como previsto no arts. 8¹⁰ e 23¹¹ e do ECA. Como vimos, a norma determina que, não existindo outro motivo que enseje a perda ou suspensão do poder familiar, a criança será mantida em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e pro-

10 Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. § 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

11 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. (Redação dada pela Lei nº 13.715, de 2018).

gramas oficiais de proteção, apoio e promoção. Assim, mulheres/mães que se encontram em situação de privação de liberdade (ou situação de cárcere) têm o direito ao exercício da maternidade, permanecendo com suas/seus bebês por determinado período de tempo (no mínimo seis meses), possuindo direito à Prisão Albergue Domiciliar, a depender da situação processual¹² e a receber visitas de suas filhas e filhos no local em que estão custodiadas, caso assim o desejem, em condições dignas e salubres. A atuação da/o psicóloga/o deve ser orientada no sentido de considerar o desejo da mulher em exercê-la, dentro de suas possibilidades. A própria política de assistência social tem orientação conjunta com o órgão regulador nacional do Sistema Penitenciário^[1] prevendo ações coordenadas, do que se pode destacar, de seu art. 2º:

A rede socioassistencial do SUAS deve atuar de forma articulada com o Sistema Penitenciário para o adequado atendimento das famílias de pessoas com filhos até 12 anos incompletos ou com deficiência, mulheres grávidas e lactantes que tiveram decretada prisão em flagrante delito, bem como pessoas egressas do Sistema Penitenciário, como forma de ampliar o acesso aos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

12 Tal situação precisa ser avaliada por advogada(o) ou Defensora(o) Pública(o).

[1] Resolução Conjunta do Conselho Nacional de Política Criminal E Penitenciária – CNPCP e do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS nº 1, de 7 de novembro de 2018. Qualifica o atendimento socioassistencial às famílias de pessoas encarceradas e egressas do Sistema Penitenciário no Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Disponível em: https://cbf8ff3e-418a-41f5-b3eb-f4b2f2f44394.filesusr.com/ugd/7f9ee6_52f3304cc1784d129b416a0453c76a4a.pdf.

Mulheres/mães e uso de álcool e outras drogas

O fato de as mulheres/mães fazerem uso de álcool e outras drogas não pode ser considerado, *a priori*, como elemento incapacitante para o exercício da maternidade. O uso de álcool e outras drogas sempre esteve presente na sociedade, com sentidos, significados e objetivos diversos em cada época. Com a Revolução Industrial, avanço do processo de urbanização e surgimento de novas tecnologias, descobrem-se novas formas de destilação do álcool. A partir desse e outros avanços, como no campo político, cultural e econômico, a relação estabelecida com o uso do álcool e outras drogas, passa a ser gerida como uma questão de Saúde Pública e Justiça.

Oliveira (2017)¹³ demonstra que o uso de drogas não pode ser reduzido a uma explicação unicausal de dependência química, mas sim envolvendo toda a relação entre sujeito, droga e contexto de consumo.

13 OLIVEIRA A. R. O. A droga como uma prática sociocultural. In: Garcia, M. R. V.; Conejo, S. P.; Melo, T. M. P. de Castro (org.). **Drogas e Direitos Humanos caminhos e cuidados**. Holambra, São Paulo: Editora Setembro, 2017.

Olivenstein (1984: 85)¹⁴ afirma que “a dependência da droga não deve ser considerada somente como um fenômeno psicoquímico, mas um fenômeno ativo, voluntarista, um modo de existência, uma relação com a vida”. (OLIVENSTEIN, 1984 *apud* OLIVEIRA, 2017, p. 118).

Devemos analisar também a maneira como as questões de gênero, raça e classe incidem sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas. O sentido atribuído a mulheres e homens que fazem uso de substâncias psicoativas são desproporcionais. Para Leal e Calderón (2017)¹⁵, as mulheres/mães que fazem uso são consideradas desviantes, loucas, imorais, por não cumprirem o seu “papel” social de mulher e mãe. Enquanto aos homens esse uso é percebido como parte da sua masculinidade e como comprovação de sua virilidade.

As mulheres negras têm sido obrigadas a suportar o peso de diversas opressões, como racismo, sexismo e injustiça econômica, e “esse ciclo de opressão é o grande responsável pelo fato de que muito mais mulheres negras recorrem às drogas – por mais ineficaz que isso se mostre – como meio de aliviar os baques da pobreza” (DAVIS, 2017, p. 57)¹⁶.

Por isso, deve haver uma análise interseccional circunstanciada de cada caso, observando suas particularidades, especialmente aquelas relacionadas com as redes de proteção que mulheres/mães podem contar na divisão do cuidado com as/os filhas/os. O fato de estas mulheres/mães não representarem o ideal normativo da maternidade não as impossibilita de exercerem seu papel, tampouco as invalida na participação do desenvolvimento infantil e na criação de vínculos com a criança. Assim, somente se pode aventar a ausência da capacidade protetiva das mulheres/mães após análise pormenorizada do caso concreto, considerando o desejo da mulher/mãe e as condições objetivas de exercício da maternidade possível, a análise objetiva das eventuais violações dos direitos da criança, a oferta de serviços adequados da rede pública para as demandas observadas, a consideração da dinâmica da rede familiar extensa e, fundamentalmente em casos em que isto é possível, levando em conta também o desejo da criança.

14 OLIEVENSTEIN, Claude. **La droga o la vita**. Rizzoli, 1984.

15 LEAL, J.; CALDERÓN, D. Espaços do (im)provável: Uma experiência política de mulheres em situação de rua usuárias de crack. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (org.). **Luta Antimanicomial e Feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

16 DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

Orientamos que as/os psicólogas/os, em suas práticas, fundamentem-se na lógica de redução de danos¹⁷, que coloca a pessoa no centro do tratamento, participando das estratégias adotadas e realçando a postura ética da Psicologia com a pessoa atendida em detrimento daquelas relacionadas com o proibicionismo, o enclausuramento e a criminalização de sujeitos.

Cabe, também, adotar estratégias diferenciadas de atenção e promoção do laço social das/os usuárias/os e seus respectivos familiares, buscando afirmar o cuidado humanizado. Sendo também importante uma prática que contribua para desconstrução de estereótipos atribuídos às mulheres/mães que fazem uso de álcool e outras drogas, buscando sempre reduzir e/ou acabar com práticas sexistas, racistas, classistas e capacitistas.

17 MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil**: a estratégia de redução de danos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso

Mulheres/mães, uso de álcool e outras drogas e amamentação

O fato de as mulheres/mães fazerem uso de álcool e outras drogas não as incapacita, necessariamente, para a amamentação, desde que seja seu desejo fazê-lo. A mulher/mãe tem o direito de amamentar a criança, e esta de ser amamentada por sua mãe, sendo um direito fundamental do qual não podemos declinar nas redes de atendimento, pois não existem evidências científicas que contraindicam o aleitamento materno para usuárias de álcool e outras drogas ou o aleitamento materno logo após o uso de substâncias. Não se tem ainda um consenso com relação a como lidar com a amamentação nesse contexto. Desse modo, reforçamos que cabe às/aos profissionais de Psicologia estarem bem fundamentadas(os) para o atendimento a estas mães, analisando cada caso, decidindo por intervenções e encaminhamentos que promovam benefícios para as mesmas e seus filhos, ao mesmo tempo em que contribuam para a garantia dos direitos delas e de seus/suas bebês¹⁸.

18 Para mais informações, consultar: <http://e-lactancia.org/breastfeeding/cocaine/product/> e <https://toxnet.nlm.nih.gov>

O aleitamento não é somente um momento de alimentação: é uma via importante para a constituição do vínculo mãe-bebê. Contudo, é necessário destacar que o aleitamento materno é uma escolha que cabe a cada mulher/mãe que, por diferentes motivos, pode decidir por não amamentar, ou pode não conseguir efetivar a amamentação de seu/sua bebê como gostaria, o que de forma alguma é definidor da qualidade de sua maternagem¹⁹. A partir do momento em que a mulher opta por amamentar seu/sua bebê, a Organização Mundial de Saúde (1989)²⁰ enfatiza que deve ser oferecido apoio familiar, social e governamental a ela e à criança, com o objetivo de garantir que consigam efetivar o aleitamento, aumentando sua exclusividade e duração. De acordo com o Manual de Aleitamento Materno da OMS/UNICEF (2012),²¹ as vantagens da amamentação são relacionadas tanto a aspectos biológicos (nutricionais, anti-infecciosos e imunológicos), quanto psicológicos e sociais, com benefícios cognitivos e afetivos.

A literatura científica reconhece também as consequências e riscos biopsicossociais do rompimento brusco de vínculo entre mulher/mãe e bebê e os perigos do desmame precoce e/ou abrupto, pois essa forma de interrupção da amamentação pode levar à desnutrição infantil grave. É fundamental evitar ao máximo que isso ocorra, visando preservar a saúde física e psíquica dos bebês, base para a saúde mental da vida adulta. Dessa forma, o desmame precoce e/ou abrupto é prejudicial à mulher/mãe e à criança, e alguns bebês podem vir a rejeitar outros alimentos, justamente por não ter ocorrido o processo adequado e gradual de transição do leite materno a outros alimentos e também pelo intenso sofrimento e estresse, advindo de separação inesperada com sua mãe, figura de referência e apego, acarretando um alto custo para a saúde física e mental da criança.

19 Em seu artigo “Adoção: da maternidade à maternagem uma crítica ao mito do amor materno”, Santos escreve: “(...) a maternidade se estabelece como fato exclusivamente biológico e a maternagem se forja no universo relacional/interacional entre mãe e filho. A maternidade diz respeito à procriação. A maternagem se inscreve no âmbito socioafetivo da criação dos filhos. Portanto, a primeira é da esfera do biológico e a segunda, do social.” Santos (1998, p. 102). Assim, exercer a maternagem envolve uma escolha da mulher de dedicar-se a uma criança (filha/o biológica/o ou não). Embora o conceito derive da mesma raiz não significa, em absoluto, que toda mãe seja naturalmente maternal ou que toda mulher deseje exercer, de fato, a maternagem.

20 OMS. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços Materno – infantes – uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989.

21 UNICEF, **Manual de Aleitamento Materno**. Edição revista, 2012. (Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf – acesso em 12/4/2016).

Considera-se, assim, o aleitamento materno como um importante fator para o estabelecimento do vínculo entre mulher/mãe e bebê; sendo também fundamental para a proteção e promoção da saúde da criança e da mãe, cujo sucesso tem implicação direta na redução da mortalidade materna e infantil²².

Em relação ao uso de álcool e drogas durante a amamentação, consideramos acertada a perspectiva de tratamento anteriormente proposta na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, que previa a redução de danos como estratégia prioritária, não entendendo a abstinência como única meta viável às/aos usuárias/os. O uso de drogas afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões e em diferentes contextos. Por isso, a abordagem deve ser adaptada às diversas necessidades.

Existem opções possíveis e pactuações a serem realizadas, explicando as situações para cada mulher/mãe em seu contexto específico. A redução de danos propõe uma conduta individualizada e um investimento das profissionais envolvidas dando credibilidade e acompanhando o protagonismo de cada mulher/mãe que atende, orientando cada caso e cada uso, com critérios técnicos, e não morais (em consonância com o Código de Ética, especialmente os arts. 1º, alínea “c”, e 2º, alínea “b”), baseados em evidências científicas atualizadas.

Assim, no caso de mulheres/mães usuárias de álcool e outras drogas é recomendado que as/os profissionais de Psicologia auxiliem na construção de um plano individual de acompanhamento para a garantia do direito à amamentação. O plano individual pretende organizar um pacto de uso de forma a não incidir negativamente na saúde da criança.

Especialmente na situação de acolhimento institucional, psicólogas/os podem contemplar o direito de mulheres/mães e bebês contribuindo com a formação do vínculo e os benefícios de saúde advindos do aleitamento. É preciso alinhar com a equipe de saúde sobre as possibilidades de amamentação diante da realidade do seu uso, do tipo de substância

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria 2.394 de 7 de outubro de 2009 – que institui a **Semana Mundial da Amamentação no Brasil com o propósito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno**. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria. (Disponível em: <http://www.sbp.com.br/arquivo/ato-portaria-2-394-de-7-de-outubro-de-2009/> – acesso em 12/4/2016)

utilizada, da frequência de uso e de outras variáveis importantes. As mulheres/mães devem ser orientadas por equipe multiprofissional, participando, caso desejem, da construção das possibilidades referentes à amamentação, com base em fundamentos técnicos das evidências científicas mais atualizadas. Ademais, a não indicação da amamentação, ainda que ocorra por ser um caso excepcional, não pode justificar separação abrupta e colocação em alojamento separado.

Também se faz necessário destacar que, caso as mulheres/mães optem por não amamentar, essa decisão precisa ser respeitada, elucidando estas que o vínculo poderá continuar a ser construído nos demais cuidados diretos da mulher/mãe com a/o bebê. O vínculo entre mulher/mãe e bebê pode ter início ainda na gestação e pode se dar de forma igualmente forte, profunda e afetuosa em situações em que não se estabelece o aleitamento, de modo que o contato, o convívio e os cuidados precisam ser garantidos e valorizados.

Mulheres/mães e saúde mental

O fato de as mulheres/mães vivenciarem sofrimento psíquico não as incapacita para o cuidado com as crianças. Historicamente, vários estigmas foram atribuídos às pessoas em sofrimento mental – incapacidade, periculosidade, agressividade, violência, etc. –, porém, tal condição não é impeditiva para que se exerça o cuidado. A prática psicológica de acolhimento e escuta de pessoas em sofrimento mental, especialmente em relação às mulheres, deve ser analisada sempre dentro de uma perspectiva interseccional, pois as questões de gênero, raça, etnia, geracional, classe e deficiência incidem diretamente na Saúde Mental.

As diferenças culturais impostas para homens e mulheres colocam-os em posições diferentes, sendo as mulheres as mais prejudicadas e oprimidas. Designam as mulheres para a maternidade e casamento, como se fosse o seu destino “natural”. Desse modo, as mulheres que se recusassem a seguir o seu “destino” eram tidas como loucas e internadas nos hospícios. Esse controle dos corpos femininos “desobedientes” se atualiza, quando seus direitos enquanto mulher e mãe são negados e a partir dos diagnósticos de “louca”. Louca ou desobediente? Louca ou com deficiência? Louca ou sofrendo violência doméstica? Louca ou sobrecarregada? Louca ou preta? Louca ou pobre?

Para Basaglia (1979), a miséria e a loucura caminham juntas e é impossível identificar a loucura na fase da vulnerabilidade. Como profissionais, precisamos cuidar em primeiro plano da garantia dos direitos básicos e ficar atentas/os na elaboração do diagnóstico, questionando os diagnósticos já elaborados, para não patologizarmos as diferenças que se impõem a partir das questões de gênero, raça, etnia, geracional, deficiências e classe.

É nosso compromisso como psicólogas/os potencializar os laços sociais, garantir acesso a direitos, desfazer os estereótipos negativos socialmente atribuídos às/aos loucas/os e, acima de tudo, promover a vida em liberdade. Tais preceitos estão impressos na reforma psiquiátrica anti-manicomial, que foi e ainda é um movimento revolucionário de cuidado.²³

A dimensão da prática psicológica presume o trabalho com os sujeitos para que desenvolvam a consciência de seu transtorno mental e possam, com isso, conviver de forma autônoma a despeito de seu adoecimento psíquico. É dever da/o psicóloga/o marcar nos espaços de atuação, junto às/aos usuárias/os, às/aos profissionais da saúde e à sociedade em geral, que o sofrimento mental é uma parte da vida das pessoas e não pode ser considerado como o todo do sujeito. Todas as pessoas possuem potencialidades e dificuldades. Em função disso, o trabalho das/os psicólogas/os deve possibilitar o desenvolvimento de habilidades que possam despertar as potencialidades, de modo a auxiliar nas dimensões das relações, do trabalho, da vida comunitária, da educação, dentre outras²⁴.

23 Recomendação de leitura: Lei 10216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo também conhecida como “lei da reforma psiquiátrica”; e Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios, de Ana Marta Lobosque.

24 Indicação de leitura: Reabilitação Psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Mental, de Camila Cardoso Anastácio e Juares Pereira Furtado.

Mulheres/mães, vínculo materno e questões de gênero

O fato de as mulheres/mães não estabelecerem vínculos afetivos imediatos com seus bebês após o nascimento não as incapacita para a maternidade. O vínculo entre mãe e bebê não acontece necessariamente logo após o nascimento e nem se constitui como algo natural e automático. Pelo contrário, deriva de vivências nas quais vão sendo construídas o registro de memórias afetivas, não estando atrelado apenas ao evento biológico de gestação/nascimento.

A constituição do vínculo decorre de construções sócio-histórico-subjetivas, dependendo de muitas variáveis que podem ser trabalhadas pela Psicologia, tais como a existência de sistemas protetivos nas relações familiares e comunitárias, o acesso às políticas públicas de saúde, educação, moradia, trabalho, renda, assistência social, lazer, dentre outras.

Assim, desmistificar a ideia de vínculo imediato que supostamente se faria no momento do nascimento é um importante papel da Psicologia, pois este se constitui como uma expectativa de gênero, que desconsidera inclusive o puerpério, período pós-parto de intensas mudanças físicas e

psicológicas, características que juntas podem contribuir para o aumento da insegurança da mulher/mãe em relação aos cuidados para garantir sua saúde e de seu bebê nessa fase inicial da maternidade. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres recomenda que “as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas” (BRASIL, 2004, p. 12)²⁵.

Ademais, a dimensão do vínculo não cabe somente à mulher/mãe, devendo incluir também a participação responsável do/a companheiro/a, paternidade responsável e da família extensa. Historicamente, a maternidade foi e ainda é construída como uma realidade compulsória e idealizada para as mulheres. Essa construção social imaginária e normativa afeta sobremaneira a diversidade de expressões da maternidade e dos vínculos de forma a criar um sistema de padronização que, se não apresentado de imediato, pode levar a interpretações que excluem as mulheres/mães de seus lugares. Assim, profissionais de Psicologia devem trabalhar na co-construção de modelos diversos de maternidade e propiciar o vínculo em qualquer etapa do desenvolvimento infantil, se assim a mulher/mãe, a criança e a família o desejar.

Caso os vínculos estejam ausentes ou sejam insuficientes ou de alguma forma estejam abalados, a/o psicóloga/o deverá analisar os contextos de sua produção individual e coletiva, levando em consideração as dimensões culturais, sociais, afetivas, familiares e históricas, em vez de apontar o seu rompimento logo após o nascimento²⁶.

É importante destacar os impactos negativos para saúde mental da/o bebê e da mulher/mãe em casos em que há separação abrupta e desnecessária. A Defensoria Pública de São Paulo, por exemplo, já vem considerando essa separação precoce como violência obstétrica, por ocorrer no pós-parto imediato e afetar, de forma dramática, a relação entre a criança e a mulher/mãe em pleno puerpério e início da vida, momento muito delicado para as mulheres/mães e para a constituição psíquica das/os bebês. Para algu-

25 Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

26 Indicação de leitura: De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte, de Sônia Lansky. <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/V.%204%2C%20Suplemento%201/showToc>

mas mulheres/mães, a sensação subjetiva é tão violenta e devastadora que nomeiam tal separação como “sequestro” (*sic*). Ressalte-se que tal “sequestro” é praticado pelo próprio Estado, que deveria protegê-la e ampará-la, ainda mais nesse momento da vida. Essa conduta pode agravar, e muito, justamente quadros relativos a questões de saúde mental que, posteriormente, poderão ser utilizados em argumentos contrários à capacidade de maternagem delas, mas que foram causados, muitas vezes, por um manejo equivocado e precipitado da situação. Tal separação, por si só, pode ocasionar agravos na saúde de ambos e, portanto, não pode ser realizada como protocolo de rotina. Ainda que a separação seja de fato inevitável, é fundamental a atuação qualificada de profissionais da Psicologia para minimizar tais efeitos para aquela mulher/mãe e aquela/e bebê, e para que faça sentido para a primeira. Cabe à/ao psicóloga/o articular sua atuação com a rede de apoio, proteção e segurança para adiantar, a ambos, as próximas etapas.

Estudos clássicos da Psicologia do Desenvolvimento são importantes para se compreender os efeitos desse primeiro vínculo afetivo, em particular, quando ocorrem separações e instabilidades na vida de um bebê ou criança pequena. O papel do vínculo afetivo como sendo um dos pilares essenciais do desenvolvimento das crianças é relatado por diversas/os autoras/es, como bem demonstram Böing e Crepaldi (2004)²⁷. No levantamento de principais estudiosos/as do tema, citam Bowlby (1989)²⁸, autor de referência na área de Desenvolvimento Infantil, que ressalta que a maneira como a criança é tratada por sua/seu cuidadora/or principal – que, na sociedade ocidental, geralmente ainda acaba sendo a mãe – tem total influência no desenvolvimento de sua saúde mental, em especial, para a organização psicológica interna, responsável pela formação e manutenção dos laços emocionais íntimos entre indivíduos. Para o autor, esse mecanismo de apego acontece desde muito cedo na vida da criança, causando-lhe sofrimento se há separação brusca dessa figura de referência.

27 BOING, E. ; CREPALDI, M. A. **Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção.** *Estud. psicol. (Campinas)* vol. 21 n. 3. Campinas Sept./Dec. 2004. (Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000300006 - acesso em 12/4/2016).

28 BOWLBY, J. (1989). **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas – apud Boing e Crepaldi, 2004.

Spitz (1979)²⁹ indica nas suas pesquisas que a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a pessoa que desempenha regular e constantemente o papel de mãe mostra-se essencial à saúde mental do indivíduo. Já para Bowlby (1988)³⁰, é justamente essa relação complexa, rica e compensadora com a figura de referência nos primeiros anos de vida, engrandecida de inúmeras maneiras por outras relações, que a comunidade científica julga estar na base do desenvolvimento saudável da personalidade e da saúde mental.

Assim, quando ocorre a separação abrupta, o bebê passa da forte experiência da figura materna constante o tempo todo na gestação, que define todo seu mundo conhecido e seguro até então, para a ausência total dessa mulher/mãe, gerando fortes angústias e medos, trazendo intenso sofrimento psíquico em tão tenra idade:

“Para os bebês separados de suas mães, essa separação representa um corte radical em relação a tudo o que eles conhecem: a voz da mãe, os ruídos de seu corpo, enfim, tudo aquilo que permite a um bebê se situar no mundo desaparece”. (BOING & CREPALDI, 2004)

Dessa forma, fica explicitado na análise do estudo de Böing e Crepaldi (2004) que o rompimento abrupto de vínculos entre mãe (figura materna) e bebê pode se configurar para ambos (em especial para a/o bebê, cuja estrutura psíquica ainda está em desenvolvimento), como uma marca psíquica que ensejará necessidade de apoio psicológico posterior. Segundo Szejer (1994)³¹, o sofrimento, do corpo ou da mente, é sempre simbólico, e a necessidade da palavra enunciada é tão real que, se não for satisfeita, o corpo pode ser afetado na sua integridade, ou seja, esse sofrimento psíquico pode se expressar inclusive por meio de sintomas e doenças físicas de bebês, o que não é raro nessas situações.

29 SPITZ, R.A. (1979). **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes. – apud Boing e Crepaldi, 2004.

30 BOWLBY, J. (1988) **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes – apud BOING e CREPALDI, 2004.

31 SZEJER, M. (1994). **Uma psicanalista dirige-se aos recém-nascidos**. Boletim Informativo ABREP, 2 (2), 1-5. – apud BOING e CREPALDI, 2004.

Portanto, abruptas rupturas com a figura materna agem como importantes fatores de risco para o desenvolvimento da criança, afetando sua saúde de forma integral, tanto física quanto psíquica³². Quando a criança é privada desse tipo de relação afetiva, ela sofre uma série de efeitos prejudiciais, descritos por Bowlby (1988), de acordo com o grau de privação, de parcial a total, porém, sempre trazendo danos de qualquer forma. De acordo com o autor, a privação total pode prejudicar ou até mesmo aniquilar a capacidade de a criança estabelecer relações futuras com outras pessoas. Lebovici (1987) também afirma que a interação mãe-bebê funciona como protótipo primitivo para todas as relações sociais futuras desse ser em desenvolvimento.

Goldstein, Freud e Solnit (1987, p. 24), citados por Böing e Crepaldi (2004)³³, descrevem que, para bebês, a mudança da/o cuidadora/or principal “afeta o curso do seu desenvolvimento emocional”, as alterações do familiar para o não familiar “causam desconforto, sofrimento, atraso na orientação do bebê e na sua adaptação ao meio”.

É fundamental observar que a ciência psicológica já produziu extensa literatura sobre o vínculo mulher/mãe e bebê. No entanto, as/os psicólogas/os devem reconhecer os potenciais de desenvolvimento desses vínculos, escutando com atenção o desejo das mulheres/mães de produzi-los e desenvolvê-los ou de não investir nesses aspectos de cuidado e vinculação.

Tomar como compulsória a maternidade e como automática a vinculação mulher/mãe e bebê não faz parte de uma leitura psicológica adequada e/ou construtiva, além de reforçar estereótipos de gênero. No entanto, a convivência entre mãe e bebê é recomendável, sempre que ela assim o desejar.

32 BOING, E.; CREPALDI, M. A. **Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção.** *Estud. psicol. (Campinas)* vol. 21 no. 3 Campinas Sept./Dec. 2004. (Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000300006 - acesso em: 12/4/2016).

33 GOLDSTEIN, J., FREUD, A., & SOLNIT, A.J. (1987). **No interesse da criança?** São Paulo: Martins Fontes. – apud BOING e CREPALDI, 2004.

Mulheres/mães que desejam entregar seus filhos para adoção

O fato de mulheres/mães desejarem entregar filhas/os para a adoção não as torna desumanas. É importante considerar todo o contexto que perpassa a decisão de assumir a maternidade para as mulheres, pois ainda na atualidade, a maternidade sobrecarrega de forma desigual homens e mulheres, ocasionando nas mulheres/mães limitações nas demais esferas de suas vidas, sendo estas ainda maiores para as mulheres/mães negras, pobres e/ou deficientes. Devido às questões sociais, econômicas, raciais e capacitistas, criar uma/um filha/o pode ocasionar uma experiência de vida que inclui constantes superações, custo acima de suas possibilidades e sofrimento. Todos esses fatores não devem ser ignorados, pois são determinantes na tomada de decisão dessas mulheres/mães e de suas famílias. Acerca disso, a Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP/CIJ, 2015)³⁴ publicou, com apoio da gestões estaduais de saúde e de assistência social paulistas, uma cartilha de

34 TJSP/CIJ. **Cartilha: Política de Atenção à Gestante:** Apoio Profissional para uma decisão amadurecida sobre permanecer ou não com a criança. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/CoordenadoriaInfanciaJuventude/Pdf/CartilhaGestante2015.pdf>.

apoio profissional para a decisão amadurecida sobre permanecer ou não com a criança, que contemplam as situações de vulnerabilidade das mulheres e orientam acerca de possíveis fluxos protegidos nos casos de entrega voluntária.

A definição de Saúde Reprodutiva adotada desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, indica que “a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”. Assim, ter filhas/os ou não ter, assim como entregá-las/os para adoção, é um direito assegurado pela Constituição Federal, em seu art. 226, e pelo ECA, em seu art. 19-A, e pelas normativas internacionais de direitos humanos. Assim, o desejo da mulher/mãe tem o *status* de direito que deve ser assegurado pelo Estado, sendo resguardada a dimensão da dignidade humana.

No imaginário social, está inscrito que as mulheres/mães possuem o dom para o cuidado, especialmente das/os filhas/os. Fabrica-se, assim, uma naturalização dos laços entre mulher e maternidade, na qual a última é entendida como aquilo que leva a mulher ao alcance de sua completude. Esse tipo de crença produz sofrimento nas mulheres que não se encaixam nesse suposto padrão, além de criar/gerar/produzir preconceito em relação àquelas que desejam não ter filhas/os ou que decidem entregá-las/os para a adoção.

Geralmente, a decisão de entregar seu bebê para a adoção decorre de uma avaliação feita pela mãe de que não encontra condições para lhe prover uma vida digna, diante da vulnerabilidade e/ou violações de direitos continuamente sofridos por ela. Nesse caso, frequentemente ocorre uma revitimização dessas mulheres que, levadas por situações causadas por desigualdades e violências estruturais da sociedade, são vistas e se veem como culpadas pela sua incapacidade de cumprir o papel social de mãe que lhes fora atribuído.

É fundamental que as/os profissionais da Psicologia acolham as mães/famílias que não desejam ou que se avaliam como sem condições de estabelecer vínculos com suas/seus bebês, tratando esses casos com as especificidades que lhe cabem. Compete às/aos profissionais pensar em estratégias de cuidado, visando a uma atuação livre de estereótipos e preconceitos³⁵, que ajude essas mães a aliviar seu sofrimento e encontrar redes de apoio e de serviços que mitiguem as condições que lhe levaram a decidir por levar seu bebê para a adoção.

35 (Indicação de leitura: Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil – Cap. 3: Família e Maternidade, de Flávia Biroli)

Mulheres/mães negras e o racismo institucional

O fato de as mulheres/mães serem negras não pode ser motivo para retirada do seus direitos para exercício da maternidade, de cuidarem das suas crianças e de serem mães.

Durante o período de escravização, as mulheres negras eram consideradas animais, inclusive tendo seus partos imaginados como os partos das éguas: rápido e indolor. A atribuição de mulher/mãe era destinada apenas às mulheres brancas, pois as escravizadas eram desprovidas de gênero e vistas como anormais.

A abolição da escravidão no Brasil aconteceu em 1888, aproximadamente na segunda metade do século XIX, e os debates que surgiram nessa época sobre maternidade não abarcavam as mulheres negras. A respeito dessa questão, Davis (2016, p. 26) diz:

A exaltação ideológica da maternidade – tão popular no século XIX – não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram “reprodutoras” – animais cujo valor monetário

podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar. Uma vez que as escravas eram classificadas como “reprodutoras”, e não como “mães”, suas crianças poderiam ser vendidas e enviadas para longe, como bezerras separados das vacas. Um ano após a interrupção do tráfico de populações africanas, um tribunal da Carolina do Sul decidiu que as escravas não tinham nenhum direito legal sobre suas filhas e filhos. Assim, de acordo com essa medida, as crianças poderiam ser vendidas e separadas das mães em qualquer idade, porque “crianças escravas [...] estão no mesmo nível de outros animais.

As mulheres grávidas e as com crianças pequenas, quando tinham o “privilégio” de ficarem com seus filhos/as, não eram poupadas de seu trabalho. Algumas deixavam os bebês deitados no chão, próximo a elas, e outras os amarravam às costas, suportando todo o peso durante o dia. Impossibilitadas de amamentar, sofriam com o inchaço dos seios e a dor provocada, e não eram poupadas de castigo simplesmente por estarem na condição de nutrizas e/ou “mães” (DAVIS, 2016).

Para Gonzaga e Mayorga (2019)³⁶, a dor e sofrimento da escravidão emergem na atualidade como “desigualdade econômica, o racismo institucional, a violência obstétrica e o genocídio da juventude negra que mata jovens e interrompe o projeto de maternidade de mulheres que socialmente não são autorizadas a declinarem de exercer”.

A imposição da maternidade acontece tanto para mulheres brancas quanto negras, mas não podemos desconsiderar a hierarquização estabelecida a partir das opressões raciais, tornando a experiência da maternidade de forma distinta entre as mulheres.

Reconhecer o Brasil como um país onde o racismo é estrutural e funda a cultura brasileira, no qual vige uma falsa democracia racial, é imprescindível para a/o psicóloga/o no exercício de sua profissão. O racismo institucional, que atravessa como regra todas as políticas públicas, afeta diretamente a qualidade do atendimento aos grupos sociais estigmatizados pela sua cor ou etnia³⁷.

36 GONZAGA, Paula Rita Bacellar; MAYORGA, Claudia. **Violências e Instituição Maternidade:** uma Reflexão Feminista Decolonial. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 39, n. spe2, e225712, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000600307&lng=en&nrm=iso

37 Indicação de leitura: LOPEZ, Laura Cecília. **O conceito de racismo institucional:** aplicações no campo

Uma mulher que tem a pele preta carrega consigo uma história de desigualdades exercidas pela hierarquia das relações raciais, sendo esta uma estratégia de dominação na qual a branquitude é posta como superior às demais. Compreender que o racismo institucional é produtor de desigualdades, inclusive nas políticas públicas, é premissa fundamental para a prática profissional da/o psicóloga/o. Sem esse reconhecimento, não lhe será possível identificar e enfrentar todas as formas de racismo e, portanto, não irá garantir às mulheres/mães negras o que lhes é de direito.

A participação das/os profissionais de Psicologia no combate ao racismo nas instituições, especialmente de saúde, é indispensável. O racismo infiltra-se de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de maneira diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Por isso, é tão importante tratarmos abertamente do racismo estrutural e institucional, e combatermos a falsa democracia racial que perdura em nossos país. Para tanto, é fundamental denunciarmos as estruturas do poder branco e, com seu reconhecimento, criarmos as condições políticas para se estabelecerem estruturas de poder negro.

Por fim, destacamos que as/os psicólogas devem conhecer e cumprir a Resolução CFP nº 18/2002, que estabelece normas de atuação para as/os psicólogas/os em relação a preconceito e discriminação racial. Além disso, ao do Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o, do qual destacamos, abaixo, estabelece-se, em seu art. 2º, alínea “a”, que:

Art. 2º - Ao psicólogo é vedado:

a. Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão.

Diante de seu dever ético e científico, as/os psicólogas devem rechaçar propostas, políticas e ações que defendam a esterilização compulsória ou a negação do direito de maternidade, por uma concepção implícita ou explícita de inferioridade racial.

da saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100010&lng=en&nrm=iso>

Mulheres/mães e a institucionalização de crianças

O fato de mulheres/mães terem filhas/os institucionalizados não as incapacita para o exercício da maternidade. É amplamente reconhecida, por profissionais das diversas áreas, a influência da família sobre o desenvolvimento psicológico da criança. O afastamento dos entes familiares, a despeito de se encontrarem em situação de vulnerabilidade, pode impactar significativamente a vida psicoafetiva dos envolvidos, além de reforçar estigmas sociais que podem incidir no desenvolvimento infantil. O acolhimento institucional, vale lembrar, é uma medida excepcional e provisória.

No caso do acolhimento de bebês, é importante ressaltar o direito da criança de permanecer com a família e a obrigação constitucional do Estado de proteger a maternidade.

Em caso de decisão por acolhimento institucional, as mulheres/mães possuem direito de saber para onde estão sendo levadas/os suas/seus bebês, caso não haja ordem judicial expressa o vedando, e, caso haja, também de serem orientadas sobre como podem se defender

dessa decisão, por exemplo, com a busca pela Defensoria Pública e/ou advogada/o de sua confiança. Cabe às/aos profissionais de Psicologia se certificar de que haverá acesso real das mulheres/mães a essa informação, bem como sobre as condições psíquicas para elas seguirem tais encaminhamentos, devido aos efeitos devastadores que a separação abrupta mulher/mãe bebê pode ocasionar. Caso não seja possível articular a rede de apoio para acompanhar a mulher/mãe em seu percurso pela garantia de direitos, é indicado que a/o psicóloga/o ou outra/o profissional da equipe multidisciplinar faça articulação com profissionais de outras instituições, realizando agendamentos, discutindo o caso e até acompanhando a mulher/mãe ao local de atendimento, conforme a situação, até que ela esteja referenciada à nova equipe.

Após acolhimento institucional, o direito às visitas e à amamentação em tal serviço só poderá ser impedido em face de ordem judicial expressa, cuja revisão poderá ser pleiteada.

Ademais, a reintegração à família terá preferência em relação a qualquer outra providência, devendo a/o psicóloga realizar um projeto terapêutico com a mãe e com a família, visando dar-lhes condições de ter seu/sua filho/a restituído. Somente quando esgotados, todos os recursos de manutenção da criança ou adolescente na família natural, na família extensa ou em sua comunidade (com vizinhas/os e amigas/os que tenham vínculo afetivo com a criança), poderá se cogitar acerca da possível adoção. Destaca-se que, nos casos em que for possível, a criança deverá ser sempre consultada.

Mulheres/mães e a avaliação psicológica

O fato de mulheres/mães estarem em estado puerperal deve ser considerado no processo de avaliação psicológica. Vale lembrar que a avaliação psicológica é sempre contextual e que o puerpério se organiza como um estado clínico e emocional, proveniente de queda nos níveis hormonais e alterações do sistema nervoso central, bem como de fatores psíquicos específicos de acordo com o momento de vida, o contexto no qual as mulheres/mães se encontram, a forma como ela está sendo tratada nos ambientes nos quais está inserida, a ocorrência de situações estressantes decorrentes de uma eventual separação de seu bebê, etc. Assim, recomenda-se que a avaliação psicológica seja processual e parta de um acompanhamento sistemático do caso.

Vale ainda ressaltar que, ao realizar avaliações psicológicas e emitir documentos decorrentes do trabalho, as/os psicólogas/os devem conhecer e cumprir a Resolução CFP 09/2018, que estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo e regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI, e a Resolução CFP 06/2019, que institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela/o psicóloga/o no exercício profissional.

Ainda, é importante reforçar que toda/o psicóloga/o deverá embasar as informações prestadas nos princípios do Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o. Além disso, tendo em vista o art. 1º, alíneas “f”, “g” e “h”, do Código, são deveres da/o profissional: fornecer à mulher/mãe informações concernentes ao trabalho a ser realizado e ao seu objetivo; informar os resultados decorrentes do trabalho, transmitindo somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário; e orientar sobre os encaminhamentos apropriados, fornecendo, sempre que solicitado, os documentos pertinentes ao bom termo do trabalho. Deve-se prestar um serviço psicológico responsável e cientificamente fundamentado, cujos princípios éticos sustentam o compromisso social da Psicologia, evitando a estigmatização e revitimização das mulheres/mães. Cabe à/ao psicóloga/o os cuidados em relação a: seus deveres e em sua relação com cada mulher/mãe atendida, garantindo o sigilo profissional (que somente pode ser quebrado em busca de um menor prejuízo, em consonância com os arts. 9º e 10º do Código de Ética); necessidade de políticas públicas adequadas e eficazes; relações com a justiça e o alcance das informações prestadas, identificando os riscos e compromissos em relação à utilização das informações presentes nos documentos em sua dimensão de relações de poder.

Considerações finais

Historicamente tem-se tratado o uso problemático de drogas por um viés puramente médico, sendo relegada a segundo plano uma compreensão de caráter multifatorial, envolvendo aspectos sociais, econômicos e culturais. Da mesma forma, as demais situações de vulnerabilidade aqui abordadas são tratadas a partir de uma perspectiva mais remediadora do que preventiva. O preconceito e a discriminação, muitas vezes, permeiam o entendimento tanto das vulnerabilidades diversas quanto do uso de álcool e outras drogas, associando-os à criminalidade e a práticas antissociais, e desdobrando-se na oferta de tratamentos inspirados em modelos de exclusão das/os usuárias/os do convívio social e perda de direitos.

Devido à complexidade dessas situações e às violações de direitos que podem estar conjugadas, faz-se imprescindível que a/o profissional da Psicologia conheça e acione a rede de proteção social existente, fazendo as articulações necessárias a cada caso, pois a inclusão em programas de auxílio e em demais políticas constitui-se como medida de proteção às crianças, mulheres/mães e famílias extensas. Psicólogas/os precisam ficar atentas/os ao avaliar riscos e trabalhar para que definições idea-

lizadas, cristalizadas e imbuídas de juízos de valor não interfiram em seu exercício profissional. No que diz respeito às condições econômicas, socioculturais e de estilo de vida individual e das famílias, é necessário evitar a estigmatização da pobreza, o controle da vida reprodutiva, e o preconceito e discriminação sobre os modos de vida das pessoas atendidas, culpabilizando-se as vítimas.

Assim, é preciso compartilhar o atendimento desses casos complexos com os serviços da alta complexidade do SUS e do SUAS, bem como, em alguns casos, articular com a Defensoria Pública e outros serviços, a depender de cada situação e também, quando necessário, acionar os Conselhos Tutelares. Dessa forma, é possível realizar um trabalho buscando criar sistemas de proteção e potencializar a autonomia e corresponsabilização das pessoas envolvidas.

Os Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o, conforme lê-se na própria norma, devem orientar a relação da/o psicóloga/o com a sociedade, a profissão, as entidades profissionais e a ciência, pois atravessam todas as práticas, que demandam uma contínua reflexão sobre o contexto social e institucional. Nesse sentido, tais princípios são norteadores para as decisões das/os profissionais no fazer psicológico. Dos sete princípios fundamentais, destacamos, a seguir, quatro deles: I, II, III e VII. O princípio fundamental III preconiza que, em sua prática, a/o psicóloga/o considerará a análise crítica e histórica da realidade política, econômica, social e cultural das pessoas em atendimento. Para os casos de mulheres/mães em situações de vulnerabilidade, esse princípio tem extrema relevância. Assim, também têm os princípios fundamentais I e II, segundo os quais, a/o profissional da Psicologia desenvolverá seu trabalho apoiando-se nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, visando promover a saúde, a qualidade de vida das pessoas, não sendo conivente com quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Ainda, de acordo com o princípio VII, ao exercer a profissão, a/o psicóloga/o deve considerar as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de for-

ma crítica e em consonância com os demais princípios do Código. Desse modo, todas as orientações ao longo deste documento estão pautadas pelo compromisso ético da profissão com a valorização e a garantia de direitos das mulheres/mães e suas crianças.

Também é preciso reafirmar sempre a autonomia e a independência teórico-técnica das/os psicólogas/os na interface com outros saberes e áreas de conhecimento. Reforça-se também o dever e a responsabilidade de a/o psicóloga/o estar teórico-técnico e pessoalmente capacitada/o para as demandas profissionais que assume (conforme art. 1, alínea “b”, do Código de Ética), além de seguir a legislação profissional.

Havendo dificuldades em relação a esses aspectos do trabalho, é indicado que busque recursos que auxiliem e contribuam para aprimorar sua capacitação profissional. Com o intuito de prover as/os profissionais com orientações e respaldos para o atendimento de mulheres/mães e crianças, elaboramos este documento. No entanto, considerando as peculiaridades inerentes à nossa profissão e à complexidade dos assuntos abordados neste documento, certamente não se esgotam as dúvidas e as problemáticas ao pensar uma atuação comprometida com a qualidade dos serviços psicológicos (nos diversos contextos em que estão inseridos, incluindo e destacando-se aqui os serviços multiprofissionais nas políticas públicas) e com a garantia de direitos das pessoas usuárias/os destes.

Desse modo, lembramos e ressaltamos, por fim, que o CRP SP e o CRP MG, cumprindo uma de suas atribuições principais, estão à disposição para orientar as/os psicólogas/os de suas regiões com relação à ética e legislação profissional da Psicologia.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria 2.394 de 7 de outubro de 2009 – que institui a **Semana Mundial da Amamentação no Brasil com o propósito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno**. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria. (Disponível em: <http://www.sbp.com.br/arquivo/ato-portaria-2-394-de-7-de-outubro-de-2009/> – acesso em: 12/4/2016)

BOING, E.; CREPALDI, M. A. **Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção**. *Estud. psicol. (Campinas)* vol. 21 no. 3 Campinas Sept./Dec. 2004. (Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-0103-166X2004000300006 – acesso em: 12/4/2016).

BOWLBY, J. (1988) **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes - apud Boing e Crepaldi, 2004.

BOWLBY, J. (1989). **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas – apud Boing e Crepaldi, 2004.

CONEJO, S. P.; MELO, T. M. P. de Castro (org.). **Drogas e Direitos Humanos caminhos e cuidados**. Holambra, São Paulo: Editora Setembro, 2017.

DAVIS, A. **Mulheres, cultura e política**. São Paulo: Boitempo, 2017.

GOLDSTEIN, J., FREUD, A., & SOLNIT, A.J. (1987). **No interesse da criança?** São Paulo: Martins Fontes. – apud Boing e Crepaldi, 2004.

GOMES, Janaína Dantas Germano (Coord.). **Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo**: relatório de pesquisa. São Paulo: Lampião Conteúdo e Conhecimento, 2017. 115 p. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP.pdf

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; MAYORGA, Claudia. **Violências e Instituição Maternidade**: uma Reflexão Feminista Decolonial. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 39, n. spe2, e225712, 2019. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000600307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225712>.

LEAL, J.; CALDERÓN, D. Espaços do (im)provável: Uma experiência política de mulheres em situação de rua usuárias de crack. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (org.). **Luta Antimanicomial e Feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

LOPEZ, Laura Cecilia. **O conceito de racismo institucional**: aplicações no campo da saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, mar. 2012. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil**: a estratégia de redução de danos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Out. 2020.

OMS. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis – uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989.

OLIVEIRA, A. R. O. A droga como uma prática sociocultural. *In*: GARCIA, M. R. V.; OLIEVENSTEIN, Claude. **La droga o la vita**. Rizzoli, 1984.

RIOS, Ariane Goim. **O fio de Ariadne**: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado UNICAMP, 2017. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/325079/1/Rios_ArianeGoim_M.pdf

SPITZ, R.A. (1979). **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes. - apud Boing e Crepaldi, 2004.

SZEJER, M. (1994). **Uma psicanalista dirige-se aos recém-nascidos**. Boletim Informativo ABREP, 2 (2), 1-5. - apud Boing e Crepaldi, 2004.

UNICEF, **Manual de Aleitamento Materno**. Edição revista, 2012. (Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf - acesso em: 12/4/2016).

XVI Plenário do Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região - CRP-MG

Diretoria

Conselheira Diretora Presidenta: Lourdes Aparecida Machado

Conselheira Diretora Vice-Presidenta: Suellen Ananda Fraga

Conselheiro Diretor Tesoureiro: Yghor Queiroz Gomes

Conselheira Diretora Secretária: Evely Najjar Capdeville

Conselheiras/os

Anderson Nazareno Matos (Subsede Centro-Oeste)

Bruna Rocha Diniz de Almeida (Subsede Leste)

Camila Bahia Leite (Subsede Triângulo)

Carolina Siqueira Coutinho (Subsede Sul)

Cláudia Aline Carvalho Espósito (Subsede Sul)

Cristiane Santos de Souza Nogueira (Subsede Centro-Oeste)

Elza Maria Gonçalves Lobosque (Subsede Sudeste)

Evely Najjar Capdeville (Sede)

Fabício Júnio Rocha Ribeiro (Sede)

Jéssica Gabriela de Souza Isabel (Sede)

João Henrique Borges Bento (Subsede Triângulo)

Larissa Amorim Borges (Sede)

Liliane Cristina Martins (Sede)

Lourdes Aparecida Machado (Sede)

Luís Henrique de Souza Cunha (Subsede Norte)

Luiz Felipe Viana Cardoso (Sede)

Maria de Lourdes Guimarães de Almeida Barros (Sede)

Marleide Marques de Castro (Subsede Leste)

Paula Khoury (Subsede Leste)

Reinaldo Júnior (Subsede Centro-Oeste)

Renata Ferreira Jardim (Sede)

Rita de Cássia de Araújo Almeida (Subsede Sudeste)

Rodrigo Padrini Monteiro (Sede)

Suellen Ananda Fraga (Sede)

Ted Nobre Evangelista – LICENCIADO (Subsede Norte)

Thiago Ribeiro de Freitas (Subsede Sul)

Walter Melo Júnior (Subsede Sudeste)

Yghor Queiroz Gomes (Subsede Triângulo)

XVI Plenário do Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - CRP SP

Diretoria

Presidenta: Beatriz Borges Brambilla

Vice-presidenta: Ivani Francisco de Oliveira

Secretária: Raizel Rechtman

Tesoureiro: Rodrigo Toledo

Conselheiras/os

Ana Paula Hachich de Souza

Annie Louise Saboya Prado

Beatriz Borges Brambilla

Clarissa Moreira Pereira

Edgar Rodrigues

Eduardo de Menezes Pedroso

Emanoela Priscila Toledo Arruda

Ione Aparecida Xavier

Ivani Francisco de Oliveira

Jessica Tomaz da Costa Silva

Julia Pereira Bueno

Jumara Silvia Van De Velde

Lauren Mariana Menocchi

Lilian Suzuki

Luana Alves Sampaio Cruz Bottini

Luciane de Almeida Jabur

Maria da Glória Calado

Maria Mercedes Whitaker Kehl Vieira Bicudo Guarnieri

Maria Rozineti Gonçalves

Mônica Cintrão França Ribeiro

Mônica Marques dos Santos

Murilo Centrone Ferreira

Raizel Rechtman

Rita de Cássia Oliveira Assunção

Rodrigo Toledo

Sarah Faria Abrão Teixeira

Sulamita Jesus de Assunção

Talita Fabiano de Carvalho

Tatiane Rosa da Silva

Elaboração

Comissão de Orientação Mulheres e Questões de Gênero - MG

Comissão de Orientação em Psicologia e Política de Assistência Social - MG

GT Psicologia Obstétrica – CRP SP (Gestão 2016-2019)

GT SUAS – CRP SP (Gestão 2019-2021)

CREPOP - MG

CREPOP - SP

Comissão de Orientação e Fiscalização - MG

Comissão de Orientação e Fiscalização - SP

Comissão de Comunicação - MG

Comissão de Comunicação - SP

Diagramação - Paulo Mota | Relações Externas CRP SP

Agradecimento às colaborações de:

Anna Carolina Lanas Soares Cabral

Ana Elisa Xavier

Bárbara Vieira Souto

Beatriz Borges Brambilla

Brenda Dantas Barros

Cláudia Natividade

Cíntia Aparecida Alexandre Emiliano

Clotilde Aparecida Nunes Andrade

Desirèe de Oliveira Carneiro Silva

Emanoela Priscila Toledo Arruda

Janiele Dias

Jeanyce Gabriela Araújo

Jéssica Isabel

Marcela Viana de Brito

Marcos Antônio Barbieri Gonçalves

Miria Benincasa

Monaliza Silva de Alcântara

Paola Lorena Eleutério Borges

Renata Gandra Sales

Relações Externas – CRP SP

Sandra Maria Hudson Flores

Théa Abrahão Oliveira Murta



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS



Conselho
Regional de
PSICOLOGIA SP

