

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ALESSANDRA LAMMEL**

**RECÉM NASCIDO EM SITUAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE SOCIAL:  
Uma análise obtida a partir das experiências vivenciadas no estágio curricular na  
Maternidade Carmela Dutra.**

**FLORIANÓPOLIS, 2018.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ALESSANDRA LAMMEL**

**RECÉM NASCIDO EM SITUAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE SOCIAL:  
Uma análise obtida a partir das experiências vivenciadas no estágio curricular na  
Maternidade Carmela Dutra.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito de avaliação a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Vania Maria Manfroi, Dra.

**FLORIANÓPOLIS, 2018.**

ALESSANDRA LAMMEL

**RECÉM NASCIDO EM SITUAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE SOCIAL:**

**Uma análise obtida a partir das experiências vivenciadas no estágio curricular na  
Maternidade Carmela Dutra.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito de avaliação a Universidade  
Federal de Santa Catarina (UFSC), para  
obtenção do Título de Bacharel em Serviço  
Social.

**Florianópolis, 03 de Julho de 2018.**

**BANCA EXAMINADORA**



**Profa. Dra. Vania Maria Manfroi**


**Orientadora e Presidente da Banca Examinadora**



**Prof. Dr. Helder Boska de Moraes Sarmento**

**Departamento de Serviço Social/UFSC**

**1º Examinador**



**Heloisa Maria de Souza**

**Assistente Social da Maternidade Carmela Dutra – SC**

**2º Examinador**

## AGRADECIMENTOS

Nesse momento faço uma pausa e começo a refletir sobre o tempo que me dediquei a essa formação, e só posso agradecer ao “tempo” mesmo, pois ele foi necessário (longos sete anos) para entender a real atribuição dessa profissão e me sentir preparada para ser uma profissional mais qualificada. Um sonho realizado. Vi minhas colegas do primeiro, segundo, terceiro ano se formando há um bom tempo, e pensava: “Eu aqui, macaca velha, será que um dia chego lá?”. E CHEGUEI.

Agradeço a Deus pelas bênçãos recebidas e por me carregar nos seus braços durante esse período de formação.

À minha querida e amada mãe, Neiva, sou grata por estar sempre ao meu lado em todos os momentos da minha vida, principalmente naqueles em que mais precisei, sempre com suas palavras de apoio, de “vamos lá”, “está quase terminando” e lembro de uma data em que passamos em uma casa de eventos e ela me disse: “Filha, aqui faremos a sua formatura”. E assim me programei. A minha iluminada filha Alícia, que surgiu no meio desse processo de formação, mas que também veio para me trazer a serenidade que antes desconhecia. Ao meu pai, Arnildo, que sempre incentivou seus filhos a buscarem o estudo, para não serem mais um “desletrado” como ele.

À minha querida amiga e chefe Kátia, agradeço por todo o carinho e apoio recebido nessa jornada e por todos os arranjos na escala de trabalho que foi preciso ser feito para que conseguisse conciliar o lado profissional com a formação acadêmica. Depois de um período de afastamento, ela apostou em mim, me incentivou a continuar e a chegar a esse momento de conclusão da graduação. Seu deslumbre com as minhas vitórias me faziam acreditar que estava no caminho certo.

A toda a equipe do Serviço Social da Maternidade Carmela Dutra e, em especial, à minha supervisora de campo, assistente social Heloisa Maria de Souza, por estar sempre disposta a me orientar frente aos desafios profissionais postos pelo campo de estágio, e além, aconselhar-me como uma amiga sobre as dificuldades que enfrentei no campo pessoal durante esse ano inteiro de estágio, de secar meu choro e meus soluços. De acalmar meus “ânimos” em situações revoltantes. Enfim: Obrigada por ter se tornado uma amiga, e por horas, porque não dizer uma “mãe”.

Sincero agradecimento à minha querida orientadora, Professora Dra. Vania Maria Manfroi, por acreditar em meu potencial, por ter tido paciência comigo nessa minha vida “enrolada”, mas principalmente por toda a sua dedicação, por todo o conhecimento profissional que dividiu comigo e por estar sempre pronta a me orientar e me socorrer em todas as minhas solicitações.

A Universidade Federal de Santa Catarina, esse espaço de encantos e desencantos, chegadas e partidas, lutas, e desafios... aprendizado, amigos que aqui conquistei e levo no coração, sonhos, alegrias, lágrimas e abraços compartilhados. Aos professores que teceram esse caminho: Mirella que apontou e deu o tom do caminho do que seria a caminhada do Serviço Social; Edilane por ter sido incrivelmente generosa ao compartilhar comigo momentos de angústia em certa etapa do curso não me permitindo desistir e por ter incentivado a minha retomada a graduação em 2017; ao Itamar, que me encantou no início e depois no final dessa trajetória com seu conhecimento e humanidade, pelas inúmeras orientações, reflexões e conversas no “canto da sala”; a professora Micheline de Antropologia Social que me fez compreender o “ser humano, as relações sociais” e fortificar minha decisão em permanecer nesse curso; Helder, que me deu a direção ética do Serviço Social, e não só isso, enriquecendo e validando, o importante momento de aprendizado no processo de estágio através da relação com a contemporaneidade.

Mais uma vez, cito os nomes de Heloisa e Helder por aceitarem o convite de compor a banca de defesa e avaliação desse trabalho, honrando-me com seus inestimáveis conhecimentos, sabedoria, e acima de tudo, compreensão das dificuldades as quais passei nesse período de graduação.

*"Não conheço ninguém que conseguiu realizar seu sonho, sem sacrificar feriados e domingos pelo menos uma centena de vezes".*

*O sucesso é construído à noite. Durante o dia você faz o que todos fazem. Mas, para obter um resultado diferente da maioria, você tem que ser especial. Se fizer igual a todo mundo, obterá os mesmos resultados. Não se compare à maioria, pois infelizmente ela não é modelo de sucesso.*

*Se você quiser atingir uma meta especial, terá que estudar no horário em que os outros estão tomando chopp com batata frita. Terá de planejar, enquanto os outros permanecem à frente da televisão. Terá de trabalhar enquanto os outros tomam sol à beira mar. A realização de um sonho depende de dedicação. Há muita gente que espera que o sonho se realize por magia, mas toda magia é ilusão, e a ilusão não tira ninguém de onde está. Na verdade a ilusão é combustível dos perdedores pois: "Quem quer fazer alguma coisa, encontra um meio. Quem não quer fazer nada, encontra uma desculpa."*

*Roberto Shinyashik*

## RESUMO

O estudo apresentado visa tematizar a responsabilidade pela proteção dos direitos da criança e do adolescente diante do estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/1990, ao tema “Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social”, partindo das experiências vivenciadas no campo de estágio na Maternidade Carmela Dutra. Inicialmente traz uma trajetória histórica da assistência à infância no Brasil, delimitando os avanços e retrocessos políticos que essa faixa etária esteve submetida, até chegar no seu auge, o ECA. Nesse objetivo, apresenta-se os principais atores responsáveis pela efetivação desses direitos: Estado, família e sociedade, esclarecendo, de forma concisa o papel de cada um no sistema de garantia de direitos, dentro de um arcabouço legal/jurídico. A metodologia de estudo aderiu às pesquisas documentais, o acesso a dados e arquivos do Serviço Social. Refere-se às quais tipos de vulnerabilidade e riscos o recém nascido está exposto: Vulnerabilidade socioeconômica, gravidez na adolescência, uso abusivo de álcool e outras drogas/situação de rua, do puerpério. Abordando o campo de estágio, descrevo a instituição, a concepção de direitos e as atribuições do Serviço Social até chegar ao Projeto de Intervenção, desmitificando a centralidade da família como mantenedora da ordem social, a responsabilidade do Estado com a formulação de políticas públicas, além de reconhecer o trabalho conjunto da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, no que tange aos encaminhamentos e resoluções. Por fim, apresenta-se conclusões no sentido de que a busca por efetivação e ampliação dos direitos perpassa pelos agentes do sistema de garantias, pela atuação efetiva dos assistentes sociais e do trabalho multidisciplinar, a fim de salvaguardar esses recém nascidos de passarem por situações de privações, negligências, sejam essas econômicas, afetivas, ou violação de direitos.

Palavras-chave: vulnerabilidade social; risco social; assistência à infância; arcabouço legal/jurídico; recém nascido; centralidade na família; políticas sociais.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BAR</b>	Berçário de Alto Risco
<b>CEAS</b>	Centro de Estudos e Ações Sociais
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CNAS</b>	Conselho Nacional de Assistência Social
<b>CONANDA</b>	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
<b>CRAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>CT</b>	Conselho Tutelar
<b>DNCr</b>	Departamento Nacional da Criança
<b>DSS</b>	Departamento de Serviço Social
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>FEBEM</b>	Fundação do Bem-Estar do Menor
<b>FES</b>	Fundo Estadual de Saúde
<b>FGTS</b>	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
<b>FUNABEM</b>	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IPQ</b>	Instituto de Psiquiatria
<b>LBA</b>	Legião Brasileira de Assistência
<b>LOAS</b>	Lei Orgânica da Assistência Social
<b>MCD</b>	Maternidade Carmela Dutra
<b>MNMMR</b>	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
<b>MPSC</b>	Ministério Público de Santa Catarina
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>ONGs</b>	Organizações Não Governamentais
<b>PAIF</b>	Programa de Atenção Integral à Família
<b>PNAS</b>	Política Nacional de Assistência Social
<b>PNBEM</b>	Política Nacional do Bem-Estar do Menor
<b>PRONAICA</b>	Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
<b>PSB</b>	Proteção Social Básica
<b>PSE</b>	Proteção Social Especial
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RJ</b>	Rio de Janeiro
<b>RN</b>	Recém Nascido



<b>SAM</b>	Serviço de Assistência ao Menor
<b>SGD</b>	Sistema de Garantia de Direitos
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. A TRAJETÓRIA E ASSISTÊNCIA DA INFÂNCIA NO ARCABOUÇO LEGAL/JURÍDICO.....</b>	<b>18</b>
<b>2. DO PÁTRIO PODER AO PÁTRIO DEVER: A INTERVENÇÃO DO ESTADO VERSUS A CULPABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Atribuição da família, do Estado e da Sociedade na proteção integral.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 O arcabouço legal/jurídico na assistência à criança .....</b>	<b>32</b>
<b>3. A IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E A VULNERABILIDADE SOCIAL DO RECÉM-NASCIDO .....</b>	<b>35</b>
<b>4. DA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO CAMPO DE ESTÁGIO DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 A descrição do Campo de Estágio - Identificação da Instituição .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2 O Serviço Social na Instituição .....</b>	<b>50</b>
<b>4.3 Do Estágio Curricular Supervisionado e o Projeto de Intervenção .....</b>	<b>53</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>65</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da última avaliação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Departamento de Serviço Social (DSS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e sua proposta visa dar um retorno à própria Maternidade Carmela Dutra (MCD) acerca da temática abordada no período de estágio curricular obrigatório e um requisito legal para a conclusão do ensino superior.

O TCC apresenta uma reflexão decorrente do Projeto de Intervenção que foi desenvolvido na Disciplina de Estágio Supervisionado, o qual versou sobre as demandas da realidade dos recém nascidos em situação de risco e vulnerabilidade que foram identificadas no decorrer do estágio. O aprofundamento do tema deste trabalho surgiu como resposta a uma solicitação do Corpo Clínico da Maternidade Carmela Dutra, que demonstrou interesses comuns sobre a relação com a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente<sup>1</sup>, buscando elucidar a atuação dos órgãos competentes e os fluxos de atendimento dentro dessa mesma Rede, para a defesa dos direitos das crianças e adolescentes.

A metodologia desse trabalho baseia-se numa reflexão teórico-prática, técnica-instrumental, a partir do desenvolvimento do projeto de intervenção executado na Maternidade Carmela Dutra. Assim, busca-se a reflexão que pautou o trabalho ao mesmo tempo que adensou teoricamente a experiência do estágio, com o resgate dessas experiências, registro das atividades, definição das estratégias de ação, do reconhecimento do objeto de intervenção, problematizando as questões relativas a elaboração do trabalho de conclusão do curso, produzindo informações e organizando o processo todo, dando visibilidade à atividade exercida.

Para atender aos objetivos deste trabalho será discutida no primeiro capítulo “a trajetória e a assistência da infância no arcabouço legal/jurídico”, no qual busco fazer um traçado histórico das políticas voltadas à infância, numa dinâmica entre agentes públicos e forças sociais e políticas, que se configuravam conforme o contexto econômico, as ideias e teorias em movimento e a forma como o Estado atuava frente a essa questão. Fazendo essa leitura em ordem cronológica, busco neste capítulo descrever como a infância foi tratada, tanto na sociedade, como por meio dos órgãos responsáveis, nas relações sociais com a família, com a Igreja, com o Estado e com outros segmentos, que perpetuavam valores

---

<sup>1</sup>As Instituições que fazem parte da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente aqui abordado são constituídas pela Abordagem Social de Rua, pelos CRAS, pelos Conselhos Tutelares e pelo Juizado Especial da Infância e da Juventude. Contudo as Maternidades também fazem parte dessa vigilância.

morais, religiosos e culturais, focalizando a infância pobre ou “desvalida”, “às margens da sociedade” como abordada adiante.

A linha temporal que retrata a infância se inicia no período Colonial (descoberta do Brasil pelos Portugueses), sob a responsabilidade dos padres Jesuítas da Companhia de Jesus, doutrinando-as dentro dos costumes cristãos. Em seguida abordo as crianças negras nas “mãos dos senhores dos engenhos”, negligenciadas, abandonadas à própria sorte, uma vez que a maioria de suas mães eram “utilizadas” como amas-de-leite para nutrir os filhos dos escravocratas. Com a finalidade de extrair e exportar riquezas para a Coroa Portuguesa, facilmente se tornavam mão-de-obra. Por volta de 1726, na Bahia, surge a primeira Roda dos Expostos, onde as “crianças expostas”, abandonadas pela pobreza ou, por serem frutos de um relacionamento fora do casamento (que para a época era considerado uma desonra), eram abrigadas e mantidas até atingirem a idade de sete anos. A partir dessa idade eram considerados órfãos “comuns”, à mercê da determinação de um juiz. Era comum que fossem utilizadas para o trabalho desde pequenos. Nesse ambiente a mortalidade era muito elevada, por falta de condições adequadas de higiene, alimentação e cuidados em geral (RIZZINI, 2009).

Sob a responsabilidade dos “asilos de órfãos”, Faleiros (2009) cita que nas primeiras décadas do governo republicano, as crianças eram mantidas por congregações de ordens religiosas. As meninas eram preparadas para as artes domésticas, para o casamento. Já os meninos eram encaminhados à escola de formação industrial ou agrícola, ou a instituições militares, com vistas à preparação ao trabalho.

Ainda neste mesmo capítulo, abordo que os médicos higienistas no início do século XIX, preocupados com as altas taxas de mortalidade infantil, passam a visualizar questões relativas ao meio ambiente, condições de higiene e controle de doenças.

Na República Velha, a omissão, repressão e o paternalismo são as dimensões que caracterizam a política da infância. Juristas também se articulam nesse mesmo período, vindo a fomentar mais tarde a implantação do Juizado de Menores (1923), inaugurando uma nova era de assistência à infância. Já não cabia mais à polícia julgar a “condição do menor”, e sim a um juiz. Esse movimento culminou na efetivação do Código de Menores em 1927. O Estado agora passa a ter o dever de dar a proteção às suas crianças. A política social aqui adotada oscilava entre o polo assistencial (abrigos, asilos, albergues) e o polo jurídico (prisões, patronatos, casas correccionais, centros de internamento). As famílias empobrecidas da década 1920 eram vistas como aquelas que não eram capazes de cuidar de seus filhos, estando sujeitas à intervenção Estatal no Pátrio Poder.

Na Era Vargas (1930-1955) os filhos da classe trabalhadora passaram a ser alvo de diversas intervenções governamentais. As questões econômicas e a social passam a ser uma questão nacional. Num momento em que mulheres começam a se lançar no mercado de trabalho, foi necessário ter um olhar mais amplo para essa nova estrutura/dinâmica familiar. No período da ditadura militar, de 1964 em diante a assistência à infância, a questão do menor passou a ser vista como um problema de segurança nacional, ampliando a forma autoritária, repressiva e centralizada de atuação, também controlando as famílias marginalizadas. Em 1979, o novo Código de Menores é promulgado, identificando situações de irregularidades tais como a privação de condições essenciais de subsistência, omissão ou irresponsabilidade dos pais ou responsáveis, maus-tratos, por desvios de condutas (morais).

A partir de 1980, a sociedade lança um novo olhar sobre a infância no Brasil, com a participação popular nas lutas pela garantia de direitos, pela reivindicação da cidadania. Esse movimento conseguiu adentrar suas propostas na Constituição Federal (CF) de 1988, que em seu artigo 227, que assegura com prioridade os direitos das crianças e dos adolescentes, responsabilizando a família, a sociedade e o Estado, de forma igualitária. Desse artigo resultou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990, que previa avanços e propostas para uma sociedade democrática e participativa, com proteção integral, que estabelece a articulação do Estado com a sociedade, bem como a criação dos Conselhos de Direitos e Tutelares e os Fundos de financiamentos para a política da infância, garantindo à criança a mais absoluta prioridade no acesso às políticas sociais.

Partindo do princípio de que a família é uma construção histórica e que sofreu transformações em sua estrutura e composição, e desenvolvendo um importante papel tanto nas relações sociais como na reprodução social, irei analisar de que maneira essa instituição se apresenta na sociedade e como esta sociedade se utiliza da família para sua reprodução. O segundo capítulo é intitulado do poder familiar ao pátrio dever. Nele destaco a intervenção do Estado versus a responsabilização da família e abordo o papel de cada ator social, suas atribuições, obrigações legais e responsabilidades para com a infância.

Ponto o novo conceito de família, pensada a partir de seu contexto sócio-cultural, como “base da sociedade”, desconsiderando o imaginário social que aponta a família formada por “pai-mãe-filhos”, utilizando-se de termos jurídicos tais como “Poder Familiar” e “Pátrio Dever” (definidos posteriormente) referenciando a real atribuição do Estado em manter suas políticas de proteção integral à criança, mas sem deixar de visualizar a co-responsabilidade da família, as sanções à que podem estar sujeitas. O arcabouço legal/jurídico de assistência à infância aponta para a legislação social que envolve essa fase de vida, citando importantes

marcos como a implemetação do ECA, Sistema Único de Saúde (SUAS), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que nos trazem subsídios referentes aos direitos violados, à ampliação do conceito de família, reforçando a garantia da convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes, etc.

No ordenamento jurídico atual existem vários dispositivos que evidenciam a existência do direito/dever dos pais de cuidar e proteger seus filhos, não apenas em seu aspecto físico, mas também psíquico e moral. E diante desses deveres, pode-se citar um vasto rol de penalidades<sup>2</sup> aplicáveis aos casos de omissão, negligência, aplicadas de forma cautelar, priorizando a convivência familiar sempre que possível.

Os temas a serem abordados no terceiro capítulo identificam quais são as situações de risco<sup>3</sup> que o recém nascido está exposto seja no seu contexto familiar e/ou societário. No período do estágio obrigatório, foi possível constatar de forma explícita a vulnerabilidade<sup>4</sup> a que algumas famílias estão submetidas, identificando essa demanda junto às usuárias. Vulnerabilidade essa que se apresenta a partir de questões socioeconômicas, da gravidez na adolescência, de mães usuárias de drogas ou em situação de rua, e as demais evidenciadas no puerpério (imunização, entrega espontânea à adoção, negligências quanto aos cuidados básicos de higiene, etc.), em meio a conflitos familiares, vínculos rompidos, independentemente da classe social a qual pertencem.

As situações de vulnerabilidades e riscos devem ser identificadas, servindo de base para a definição de medidas de prevenção e de enfrentamento aos problemas que afligem as famílias, seus filhos e o Estado. A condição de vulnerabilidade aqui abordada é aquela que resulta do não atendimento às necessidades básicas de sobrevivência dos indivíduos, marcada pela desigualdade social própria do desenvolvimento do capitalismo num país periférico.

Quando falamos em gravidez na adolescência, apontamos que essa gestação normalmente não foi planejada e acontece em meio a relacionamentos sem estabilidade, o que afeta não apenas a adolescente que vê “seus planos de vida alterados”, mas necessita na maioria dos casos de uma reestruturação de toda a família, seja em termos psicológicos como financeiros. Avaliar a situação familiar e individual da adolescente e de seu parceiro, quando este for existente, requer uma análise delicada. Apesar de atingir diferentes classes sociais, ocorre com maior frequência em pessoas com baixa escolaridade, são da raça negra e vivem

---

<sup>2</sup> Penalidades essas tais como multa, processos jurídicos, destituição do pátrio poder, previstas no ECA, art. 249.

<sup>3</sup> Uma criança é considerada em situação de risco quando seu desenvolvimento não ocorre segundo o modo esperado para sua faixa etária, relacionando questões de ordem física, social ou psicológica.

<sup>4</sup> O conceito de vulnerabilidade busca dimensionar o contexto sociocultural, os direitos violados ou negligenciados, os agravos à saúde e os impactos na qualidade de vida. Em um contexto geral designa grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção ou na garantia de seus direitos de cidadania.

nas regiões menos desenvolvidas economicamente dos países<sup>5</sup>. Esse é um período em que a mulher não está preparada nem fisicamente, muito menos psicologicamente para a gestação. Essa gestação passa a ser considerada de risco para a adolescente e para a criança que está sendo gestada. Por fim, devemos ressaltar que nem sempre a gravidez na adolescência é indesejada, devendo-se combater os estigmas atribuídos às mães jovens. É preciso apontar as circunstâncias, as condições, os costumes e valores que perpassam a maternidade na adolescência e identificar a presença da violência de gênero.

Quando se fala em vulnerabilidades advindas do uso abusivo de álcool e outras drogas/situação de rua devemos atentar “ao seio” em que esse recém nascido (RN) será inserido. As situações que envolvem as gestantes demandam um acompanhamento específico. Quando chega à maternidade e relata o uso de drogas, isso causa uma inquietação na equipe de saúde e normalmente esse atendimento é munido de desdobramentos e encaminhamentos. Não que se esteja a estigmatizar mulheres usuárias de drogas/moradoras de rua, munida de algum preconceito, mas sim, à inexistência de cuidados dedicados às crianças, requer medidas cautelares. A convivência com os genitores ou responsáveis legais nesse meio pode levar à destituição do poder familiar, afastando a criança dessa realidade. Normalmente esse segmento encontra-se em situação de vulnerabilidade associada a problemas médicos, psicológicos, além de um maior envolvimento com problemas jurídicos. Em geral, esses indivíduos se privam de suporte social e pouco utilizam os serviços e ações de prevenção, não tendo suas necessidades básicas atendidas.

Ao relacionar as vulnerabilidades do puerpério, estamos nos referindo principalmente às condições de saúde, seja física ou emocional de mãe e bebê. Traçar a história da gestação é fundamental para avaliar se esse RN não está sujeito a situações de risco e vulnerabilidade. Os exames pré-natal incompletos, negligências quanto aos cuidados básicos com o bebê, a recusa à vacinação são indícios que a equipe de saúde aponta.

No quarto e último capítulo, “das experiências vivenciadas no campo de estágio da Maternidade Carmela Dutra”, busco relatar esse período tão rico e expressivo de minha formação acadêmica. Iniciando pela descrição do campo de estágio, mais especificamente a instituição, demonstro que está é uma organização de caráter público, administrada pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, com atendimento total pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 1955 tem a finalidade de prestar atendimento à

---

<sup>5</sup> Dados obtidos a partir da Síntese de Indicadores Sociais do IBGE (2013).

parturiente e ao recém nascido. Atualmente dispõe de 104 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal.

Descrevo na seqüência, baseado em informações dos relatórios gerenciais da MCD, os números relativos ao atendimento ao usuário (consultas ambulatoriais e de emergência, internações/ano, procedimentos cirúrgico). As demandas apresentadas pela população beneficiada pelos serviços são as mais variadas possíveis, visto que, geralmente são usuárias da Rede Pública de Saúde da Grande Florianópolis e de pacientes advindas do interior do Estado por ser a MCD um Centro de Referência da Saúde da Mulher e Neonatologia. Conta ainda com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno e possui Certificação como Hospital de Ensino credenciado pelo Ministério da Saúde/Ministério da Educação desde 2000.

No segundo item do capítulo abordo o Serviço Social que traz a *concepção de saúde enquanto serviço e como direito do usuário*, especificando que este realiza o acompanhamento das pacientes, bem como seus familiares, no que se refere às questões dos direitos sociais, sendo através desse que se pode entender melhor a situação vivenciada pelas mulheres internadas, não se restringindo somente ao estado saúde-doença. Evidencio que a interação entre Assistente Social, paciente e familiar ocorre diariamente, através de visitas às unidades e contato com médicos, enfermeiras e demais profissionais.

Descrevo as atividades exercidas pelo Serviço Social durante o período de estágio, a equipe que a compõe e o revezamento nos seguintes setores: O Alojamento Conjunto e Gestação de Alto Risco, Berçário de Alto Risco (BAR) e Recanto da Mamãe, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, Oncologia Cirúrgica e Clínica Médica. Em todos esses setores o Serviço Social se vê incumbido da prestação de auxílio imediato concreto, tais como solicitações de transporte, hospedagem, alimentação, fornecimento de enxovais, kits de higiene pessoal, vestuário, calçados, aos pacientes, nos casos que se fizerem necessários.

No que diz respeito às atividades, programas e projetos desenvolvidos no âmbito do Serviço Social, consegui ter dados de relatórios a partir do ano de 2010, onde destaco no trabalho: atividades de Saúde Ocupacional, implantação do Protocolo de Assistência Humanizada ao Recém Nascido de Alto Risco e sua família, grupo de apoio às gestantes de Alto Risco, grupo “Encontro do Cuidar”. Em 2017, o Serviço Social esteve envolvido na organização do 1º *Workshop: Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social*<sup>6</sup> (Projeto de Intervenção desta graduanda) e atuou em conjunto com a psicologia no 1º

---

<sup>6</sup> Projeto esse que iremos abordar mais adiante detalhadamente, pois foi a partir dele que surgiu a proposta desse TCC.



Encontro Multiprofissional da Maternidade Carmela Dutra.

Do estágio curricular supervisionado e o projeto de intervenção, terceiro item, demonstro as atividades exercidas durante o período de estágio, destacando o envolvimento nas atividades desenvolvidas junto ao Atendimento Social e Acompanhamento nas Unidades de Internação do Alojamento Conjunto e Unidade de Gestantes de Alto Risco, em caráter inicial observatório e por fim pude desenvolver as atividades de forma mais autônoma, realizando os atendimentos sociais individualmente. Descrevo com detalhes as ações diárias, no seu passo a passo, toda a interação entre os profissionais do Serviço Social e os usuários atendidos. Da coleta inicial de informações no sistema informatizado da unidade hospitalar ao assentamento dos dados obtidos no prontuário médico, passando pelo conhecimento da dinâmica institucional e das políticas sociais, identificando os referenciais teóricos e jurídicos utilizados na área de Saúde, Previdência e Assistência Social, analisando e identificando prioridade de atendimento (adolescentes, usuárias de drogas, vulnerabilidade social, etc.).

E para concluir o estágio supervisionado, foi elaborado e executado um projeto de intervenção que reuniu órgãos de defesa e proteção à criança e ao adolescente e representantes da sociedade civil. Objetivando atender a questões relacionadas a uma demanda bastante ampla, que evidenciamos no dia a dia da ação profissional, integramos a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente através das instituições representadas, acerca de um tema em comum: “1º *Workshop: Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social*”, detalhando a visão ampla da atuação profissional e como funciona a rede de atendimento socioassistencial. Visando isto, identifico no presente capítulo os atores dessa Rede de Proteção Social que nos deram suporte, a linha de abordagem em que os Direitos das Crianças e dos Adolescentes foram colocados em pauta dentro do Sistema de Garantia de Direitos, socializando os critérios e a identificação de quais os casos deveriam ser notificados e os devidos encaminhamentos que os RNs em Situação de Risco e Vulnerabilidade estão submetidos, qual o seu papel dentro da Rede e qual o apoio que se espera das demais, levantando sugestões e soluções para uma problemática da comunidade, e reafirmando condutas comuns a todos os sujeitos envolvidos.

A partir de um processo organizado, sistematizado, apresento as etapas pelas quais o projeto de intervenção passou. Elaborada as estratégias de ação, que tinham como fundamentação pesquisas documentais/teóricas, identificado os recursos humanos, materiais e financeiros, passamos a segunda etapa: abordagem da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente para definir quais seriam os atores envolvidos no projeto, quais as temáticas que cada agente traria a tona. A terceira etapa do projeto foi a execução do Workshop em si. Com

ampla participação do público alvo, promovendo o diálogo/debate/troca de experiências entre as instituições participantes, vindo de encontro a demanda inicialmente almejada, o evento conseguiu reunir as instituições e abordar os temas propostos como melhor detalhado no contexto do capítulo.

Por último, apresento a avaliação e a conclusão do projeto de intervenção, onde aponto os pontos positivos tais como a efetiva participação do público alvo assim como dos representantes das instituições que foram chamados a participar desse projeto. O mesmo atingiu aos objetivos propostos, tais como integração das instituições que atuam na Rede de Proteção, socializou/debateu/discutiu sobre as atribuições de cada Instituição, conscientizou os sujeitos envolvidos sobre a importância da temática abordada e serviu de atualização aos profissionais atuantes no atendimento ao RN em situação de risco e vulnerabilidade social, deixando encaminhamentos para um novo debate.

## **1. A TRAJETÓRIA E ASSISTÊNCIA DA INFÂNCIA NO ARCABOUÇO LEGAL/JURÍDICO**

A história das políticas da infância é vista numa dinâmica entre agentes públicos e forças sociais e políticas, que se uniram, ou se confrontaram em diferentes momentos, que se configuram conforme o contexto econômico, as ideias e teorias em movimento, as forças políticas, a forma de o Estado governar. Inúmeros atores sociais, designados como filantropos, se propõem a socorrer o abandono físico e moral, com forte presença de mulheres, primeiras damas e organizações sociais (RIZZINI, 2009).

Continuando com a reflexão de Rizzini (2009), por meio da criança, de como a sociedade a concebe, a molda e regula seus destinos, apreendem-se certos traços que marcam a trajetória de uma ação. Também se traça uma história de atribuições e responsabilidades, sugerindo perguntas tais como: Quem deve cuidar da criança? Quem detém o poder sobre a mesma? Quais os papéis da família, da Igreja e do Estado? A criança ora foi retratada como um “magno-problema”, era uma realidade concreta, necessitando ser assistida.

O estudo realizado por meio de pesquisa bibliográfica em artigos publicados, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na legislação específica dos Direitos da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90, nos Cadernos de Fluxos Operacionais Sistêmicos: Proteção integral e atuação em rede na garantia de direitos da criança e do adolescente, fontes de informações impressas e digitais, obras de autores renomados como RIZZINI, permitiu-me

traçar uma trajetória da assistência à infância, de modo mais generalizado, da realidade brasileira.

O foco principal desse debate é a infância pobre, desvalida, abandonada, órfãs, negligenciadas, que segundo os preceitos da sua época, eram aquelas que estavam à “margem da sociedade”, em qualquer lugar do mundo, questionando-se a quem caberia a responsabilidade de assisti-las. Aos “bens nascidos” podiam ser crianças e viver sua infância. Os demais estavam sujeitos ao aparato jurídico e assistencialista.

No período colonial, a assistência à infância no Brasil coube aos padres jesuítas da Companhia de Jesus, que seguiam determinações de Portugal. Igreja e Estado andavam juntos. Ao cuidar das crianças índias, os jesuítas visavam tirá-las do paganismo e discipliná-las, doutrinando-as dentro das normas e costumes cristãos. Com isso, não só se obtinha “súditos dóceis” ao Estado, como também auxiliava na conversão dos adultos. Isso foi possível no interior das reduções jesuíticas, que formavam um complexo, e bem estruturado sistema educacional. “Pensando os índios como material dócil, folhas em branco ou tábulas rasas, acreditavam tudo neles poder imprimir, mediante o medo e o terror” ARANTES, (2009). Construindo as “casas de muchachos” e colégios, atraindo para junto de si, os jesuítas separavam filhos de índios e mestiços, com a “desculpa” de doutriná-los dentro da ordem cristã, uma vez que estes eram “má influência”.

As crianças escravas advindas da África, nas mãos dos Senhores das plantações de cana-de-açúcar, que iniciaram o povoamento, principalmente nas zonas costeiras, com a finalidade de extrair e exportar riquezas naturais, exploradas por estes, foram usadas abundantemente como mão-de-obra. Essas crianças morriam facilmente, uma vez que viviam em péssimas condições de vida em seus cativeiros, infanticídios eram praticados pelas próprias negras que não queriam “ver seus filhos tornarem-se escravos” e porque suas mães escravas nutrizes eram utilizadas como “amas-de-leite”, para nutrir os filhos dos Senhores do Engenho. Mesmo depois da Lei do Ventre Livre, em 1871, a criança escrava continuava nas mãos dos seus senhores até os 14 anos, servindo-os, podendo esses então junto ao Estado ressarcir-se de seus gastos. Agora os “filhos do ventre livre”, também passaram a ser encontrados nas ruas, brincando, trabalhando, esmolando, ou mesmo cometendo pequenos delitos. Segundo FALEIROS (2009):

“Em sua menoridade, as crianças escravas serviam como brinquedos dos filhos dos senhores (a quem inclusive eram doados como presente) e divertimento das visitas, ou seja, eram considerados animaizinhos de estimação. Além de humilhações, sofriam maus-tratos e mesmo exploração sexual”.

O escravo se tornou um elemento fundamental para a economia da época. Ao lado do tráfico negreiro surgiu outra prática ligada à escravidão: a produção de crianças para a escravidão, que se tornariam mão-de-obra. Contudo, contava ela com uma família ampliada – a dos escravos – que lhe ofereciam proteção, referências culturais e vínculos afetivos.

Desde o século XVII, o abandono de crianças vinha se tornando um problema que preocupava autoridades que o denunciavam e solicitavam providências ao rei. Após a independência, em 1822, verificou-se significativas mudanças na assistência às crianças expostas, órfãs e pobres, com a ampliação e diversificação de instituições de atendimento a essa população. As “crianças expostas”, entregues à má sorte nas Santas Casas de Misericórdia, recebiam assistência das Câmaras Municipais (FALEIROS, 2009). Segundo a moral cristã dominante, filhos fora do casamento, deveriam ser abandonados e cabia a essa instituição abrigá-los (a maioria das crianças expostas eram brancas). A pobreza da época também levava ao abandono. Essas crianças por vezes eram deixadas nos átrios das igrejas ou na porta de casas, estando vulneráveis, sendo muitas devoradas por animais. Foi assim, evitando tal desgraça, que por volta de 1726, surge a primeira Roda dos Expostos (mais importante ação do século XVIII sobre o assunto), na Bahia, um cilindro giratório na parede que permitia que a criança fosse colocada da rua para dentro do estabelecimento, anexo a um asilo de menores, sem que se pudesse identificar qualquer pessoa (RIZZINI, 2009). Essa prática se tornou recorrente em diversas outras localidades. Por mais cruel que seja essa realidade nos dias de hoje, ela foi uma das primeiras medidas de proteção à infância. Essas crianças eram amamentadas por amas-de-leite alugadas ou também eram entregues a famílias, mediante pequenas pensões (tão pequenas que as pessoas pobres que as recebiam, dificilmente podiam proporcionar-lhes meios de subsistência). Muitos dos expostos colocados na roda já se encontravam adoecidos ou mortos, a fim de que fossem decentemente enterrados. Em geral a assistência prestada pela Santa Casa ia até os sete anos, depois eram considerados órfãos “comuns”, à mercê da determinação de um juiz. Era comum que fossem utilizadas para o trabalho desde pequenos. Nesse ambiente a mortalidade era muito elevada, por falta de condições adequadas de higiene, alimentação e cuidados em geral. Consta que a Roda do Rio de Janeiro funcionou até 1935 e a de São Paulo até 1948, embora tenham sido abolidas em 1927. Há quem defendia que as Rodas dos Expostos, citadas anteriormente por Rizzini, (2009), “eram uma afronta à sociedade, pois nada eram mais do que um matadouro de inocentes, sob o pretexto de ocultar a desonra de algumas famílias e amparar a miséria”. Assim, a Igreja tomou para si essa responsabilidade junto às crianças expostas.

Em meados do séc. XIX surgiu a Puericultura (ciência que trata da higiene física e social da criança), especialidade médica voltada aos cuidados com a infância. Preocupados com as altas taxas de mortalidade, os médicos higienistas, tinham como proposta intervir no meio ambiente, nas condições higiênicas das instituições que abrigavam as crianças, no controle das doenças, criando estratégias de “controle de raça e da ordem”. Foram várias as iniciativas, tais como a criação do Instituto de Proteção e a Assistência à Infância – RJ, da Seção de Higiene Infantil do Departamento Nacional de Saúde Pública, da distribuição de leite materno que se expande através da organização de lactários privados então chamados de “Gotas de Leite” a criação de dispensários e ambulatórios, com serviços de consultas médicas às crianças pobres, entre outros, junto às autoridades, a visitas à Presidentes, convites, cartas, com o objetivo de obter subvenções para suas obras. Os preceitos higiênicos assim tornaram-se incontestáveis no séc. seguinte, consolidando a importância dos médicos dentro desses estabelecimentos, marcando profundamente toda a articulação política para a infância. A família era o alvo privilegiado dos higienistas, e a criança era ponte direta de acesso a família (RIZZINI, 2009).

Sob a responsabilidade dos asilos de órfãos, durante o séc. XX, os abandonados e desvalidos, eram mantidos na sua maioria por ordens religiosas, principalmente de congregações, auxiliadas por donativos e por vezes pelos poderes públicos. Para Faleiros (2009), esse recolhimento pressupunha o recolhimento do “menor”, a segregação do meio social, através do confinamento e à submissão à autoridade competente, sendo a instituição voltada para a prevenção ou para a regeneração destes. As meninas eram preparadas para as artes domésticas, para o casamento. Já os meninos eram encaminhados à escola de formação industrial ou agrícola, ou a instituições militares, com vistas à preparação ao trabalho. Assim, podemos constatar que nas primeiras iniciativas do governo republicano predominava a pauta repressiva, para qual a orfandade e a pobreza justificavam a apreensão do menor.

Na República Velha (1889 – 1930), a omissão, repressão e o paternalismo são as dimensões que caracterizam a política da infância pobre. A burguesia industrial, também se opõe às legislações sociais, alegando que estas são verdadeiros nascedouros de lutas de classe. Os problemas de carência social, já nessa primeira metade do séc. XX demonstravam a profunda desigualdade social existente, com conseqüências graves às crianças. Franco Vaz (1905), afirma que a Lei n. 947/1902, autorizava o governo a reorganizar a política, a criar colônias correcionais, escolas, liceus, misturando aspectos disciplinares com higienistas, mas sem um enfrentamento direto aos problemas de mortalidade infantil e, do abandono. É nessa mesma época que se tem notícia da implantação da primeira maternidade no Rio de Janeiro e

da regulamentação dos serviços de amas-de-leite. Na conjuntura do poder oligárquico, a defesa da não intervenção do Estado nas manifestações da questão social, implicava num amplo espaço para a ação privada e a omissão do Estado (RIZZINI, 2009).

No início do Século XX, os juristas, na sua maioria juízes, desembargadores e advogados, que fomentaram a implantação do Juizado de Menores (1923 - RJ), inaugurando uma nova era da assistência oficial, passaram a ganhar espaço no cenário nacional, trazendo propostas e articulações no sentido de controlar as ameaças, a vadiagem, a delinquência de crianças e intervir no pátrio poder. Já não cabia mais à polícia julgar os delinquentes, e sim a um juiz, que ordenava as medidas, guarda, vigilância. Assim, tornam-se articuladores de instituições e reformas que foram sendo implantadas de 1920 a 1926, com o apoio de forças policiais e associações caritativas (RIZZINI, 2009). Em 1920 realiza-se o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, tornando mais sistemática a agenda de proteção social, que resultará na promulgação do Código de Menores (Decreto Mello Mattos, 17.943/1927), assinado pelo então Presidente da República Washington Luiz. Ao lado da ideia de proteção social dada à criança, com uma filosofia higienista e correcional, esse Código também defendia a proteção da sociedade, na dita “defesa social”. Segundo historiadores da época, apresentava importantes inovações, abolindo formalmente a roda dos expostos, mas mantendo os asilos sob a tutela do Estado. Esse também prevê a vigilância à saúde da criança, a suspensão do Pátrio Poder em decorrência da falta de responsabilidade dos pais. Em comentário ao Código de Menores de 1927, FALEIROS (2009) afirmava que o Estado tinha o dever de dar a proteção às suas crianças, pois sendo a criança a “raiz da família”, o futuro (bom ou mau) da sociedade depende tanto da saúde e do vigor com que as crianças nascem, como da maneira como são criadas e educadas. Ao “menor” (termo popularizado pela categoria jurídica, comumente empregada na época, naturalmente incorporado na linguagem) em desacordo com a ordem societária cabe ser direcionado aos abrigos para serem disciplinados, com uma assistência repressiva. Em 1937 foi criada a primeira delegacia especializada de menores, com a finalidade de “amparar todos os menores que fossem encontrados em completo abandono”, investigando as condições morais e materiais do menor e de seus pais.

Segundo RIZZINI (2009), a legislação refletiu certo protecionismo, que bem poderia significar um cuidado extremo no sentido de garantir a meta de resolver o problema do menor efetivamente seria bem sucedida. No entanto, as famílias empobrecidas da década 1920 eram vistas como aquelas que não eram capazes de cuidar de seus filhos. Nesse contexto, ARANTES (2009, p. 191), cita em sua obra que “As mães eram normalmente denegridas

como prostitutas e os pais como alcoólatras, incapazes de exercer boa influência, diga-se, moral, sobre os filhos”. Esse mito criado em torno dessas famílias, servia de justificativa para a intervenção do Estado, dos agentes formuladores de políticas, detentores do poder. A primeira tentativa que se tem relato em que o governo tentou regulamentar a assistência a proteção aos “menores abandonados e delinqüentes”, legitimou-se através da suspensão do Pátrio Poder, apreensão de menores ditos abandonados, mesmo contra a vontade dos pais, justificadas por estes não terem habitação própria, não contarem com meios de subsistência, estarem ocupados em empregos ditos não próprios, ou vagar pelas ruas a mendigar. Aqui se identifica o setor público a serviço de interesses privados, com o favorecimento de verbas, cargos e privilégios. A política social aqui adotada oscilava entre o pólo assistencial (abrigos, asilos, albergues) e o pólo jurídico (prisões, patronatos, casas correcionais, centros de internamento), articulada a um processo de institucionalização como forma de controle social.

As duas primeiras décadas do século XX constituíram o período mais expressivo da história da legislação brasileira para a infância, sendo muito grande o número de leis produzidas, na tentativa de regularizar a situação da infância, nas Assembleias das Câmaras Estaduais e no Congresso Federal. Com a crescente intervenção do Estado na assistência, tem início a formalização de modelos de atendimento, a inclusão de agentes especialistas no campo social, longe de concorrer para uma mudança concreta nas condições de vida das crianças e suas famílias, mas sim como uma estratégia de medicalização e criminalização da pobreza.

Na Era Vargas, a família e as crianças das classes trabalhadoras passaram a ser alvo de inúmeras ações governamentais, através de política de proteção materno-infantil. A proteção à infância, ou como tratada na época, “política do menor”, para Getúlio torna-se uma preocupação nacional, e nos moldes como foi estruturada, vai ter uma longa duração e uma profunda influência na trajetória das crianças e adolescentes pobres desse país (RIZZINI, 2009). As questões econômicas e sociais passam a ser uma questão nacional. Num momento em que mulheres começam a se lançar no mercado de trabalho, foi necessário ter um olhar mais amplo para essa nova estrutura/dinâmica familiar, com o fomento à implantação de creches e novas leis que regulamentassem o trabalho infantil. Apesar destas proposições de reformas, o movimento tem um caráter conservador. As ações do setor público serão conduzidas pelos mais diversos órgãos como o Conselho Nacional de Serviço Social (1938), pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), 1940, que articulou o atendimento às crianças combinando serviços médicos com assistência privada (atenção a gestantes, maternidades, puericultura, creches, hospitais infantis) bem como ser um órgão fiscalizador

destas políticas. O lema desse departamento era “salvar a família para proteger o menor”, ou “manter a estabilidade da família através da união do Estado e da sociedade” (FALEIROS, 2009).

O DNCr sofria com a falta de recursos, o que o levou a se unir com a Legião Brasileira de Assistência (LBA), 1942. A LBA possuía receita própria até 1966<sup>7</sup> e diversos centros espalhados pelos estados. Essa instituição criada pela então primeira dama Darcy Vargas, com o objetivo inicial de assistir as famílias dos convocados da II Guerra Mundial, assumiu com prioridade a assistência a maternidade e à infância a partir de 1945. Posteriormente, na década de 1980, esse quadro de atendimentos é revertido ao apoiar e incentivar as iniciativas comunitárias. Nos anos de 1990 essa instituição chegou a atingir cerca de 90% das cidades brasileiras, mas também começou o seu período de derrocada.

Logo no ano seguinte foi criado o Serviço de Assistência a Menores (SAM), 1941, um órgão central federal que regulamentava, sistematizava e orientava a prestação de serviços, os internatos, tanto públicos quanto privados, que atendiam aos “menores abandonados e desvalidos”, retirando das mãos dos juízes a total responsabilidade pelos mesmos (RIZZINI, 2009).

A Igreja Católica se articula para intervir nas ações da questão social através de centros de estudos e ações de obras sociais, onde o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), fundado em São Paulo no ano de 1932, ganha destaque. “A estratégia do governo é de privilegiar, ao mesmo tempo a preservação da raça, a manutenção da ordem e o progresso da nação e do país” (FALEIROS, 2009, p. 54). Em seu discurso, Getúlio Vargas expressava a preocupação das elites da época, tais como o trabalho, aliança entre setores públicos e privados, a defesa da nacionalidade.

Depois da queda de Vargas, decorrente da conjuntura pós-guerra e da crise de seu governo, caracteriza-se por um período de predomínio de democracia e crescimento econômico. Uma política desenvolvimentista e de massas volta-se para uma ação de modernização. A Constituição Federal de 1946 institui assistência sanitária e médica ao trabalhador e a gestante, tornando obrigatório em todo território nacional o amparo a maternidade, a famílias de prole numerosa (salário família - 1963), a infância e a adolescência. Iniciam-se também estratégias de participação da comunidade, não mais baseada em uma política repressiva e assistencialista, expressando a própria divergência e configuração de forças que se formam no interior do governo (RIZZINI, 2009).

---

<sup>7</sup>A partir desse período passa a receber recursos do FGTS, ficando o governo responsável pela sua manutenção.



O SAM foi extinto por ser conhecido como “Escola do crime”, sendo substituída em 1965 pela Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM), diretamente subordinada à Presidência da República, a qual cabia formular e implantar a Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBEM), tendo como órgão executor a Fundação do Bem Estar do Menor (FEBEM) (VOGEL, 2009). Durante o período da FUNABEM, as instituições eram grandes internatos, onde freqüentemente crianças e adolescentes, tanto os considerados abandonados como os considerados infratores da lei penal eram abrigados em “instituições de grande porte, com atendimento coletivizado e sem a perspectiva de retorno à família ou de ressocialização. O tratamento a essas crianças e adolescentes mantinha os moldes do ajustamento social, por meio de mecanismos preventivos, repressivos e punitivos, visando retirar do convívio social os “menores vistos como desajustados” (FALEIROS, 2009, p. 66). Mas também ficava entendido que o objeto da fundação era o menor, juntamente com o seu grupo familiar.

Nas mãos das Forças Armadas, de 1964 em diante, para RIZZINI, (2009) a assistência à infância passou a ser regida pelo governo militar, que via na questão do menor, um problema de segurança nacional, objeto legítimo de sua intervenção e normalização. Essa política se caracterizava de forma autoritária e centralizada, tanto na formulação quanto na assistência à infância. Interessava ao Estado também banir as famílias marginalizadas, as quais as crianças eram entendidos como “produtos” destes. A intervenção do Estado se deu de forma autoritária em todos os setores da vida nacional. A política de repressão, apesar de ter discursos de integrar a criança à família, privilegiou a internação e a centralização tecnocrática ampliando os convênios incorporando o setor privado no governo (FALEIROS, 2009). Implanta-se o terror, num “desaparecimento da política pela imposição de violências”. O termo “Sistema” é abordado na política de proteção ao menor, um esquema de controle social e político, nos quais o conjunto de mecanismos de repressão deveria estar em todas as partes, controlando, vigiando e educando aqueles que agissem contra a ordem estabelecida (FALEIROS, 2009, p. 66).

Em 1979, o novo Código de Menores é promulgado, trazendo em suas entrelinhas a questão de que os “menores são sujeitos de direitos quando se encontrarem em estado de patologia social, definida legalmente” (FALEIROS, 2009, p. 70), mas responsabilizados pelos seus atos, assim como seus pais, identificando situações de irregularidades tais como a privação de condições essenciais de subsistência, omissão ou irresponsabilidade dos pais ou responsáveis, maus-tratos, por desvios de condutas (morais). Assim as ações ficavam reduzidas às ações dos pais ou dos próprios menores, “fazendo-se da vítima um réu”.

Entretanto, esse novo código facilita a adoção. Os juízes eram autorizados a internarem as crianças que se encontravam em situação irregular. “A lógica era aparentemente simples: se a família não podia, ou falhava no cuidado e na proteção ao menor, o Estado tomava para si esta função” (ARANTES, 2009, p.194). A situação irregular do menor correspondia a uma suposta família desestruturada, por oposição ao modelo burguês de família. Esse código em suma, visava os filhos dos trabalhadores, principalmente de seus segmentos mais pauperizados, criminalizando as estratégias de sobrevivência das famílias e dos menores de camadas populares.

Como a grande parte das crianças mantidas nos internatos não eram órfãos, e sim, carentes<sup>88</sup>, a disputa pela guarda da criança era muito complexa e penosa para as famílias, sendo que muitas vezes as famílias pobres acabavam por realmente abandoná-los. “Este abandono, configurava como mais uma prova da ‘imoralidade’ familiar ARANTES, (2009). E para romper com essa lógica, que a partir da década de 1980, no período que chamaram de Nova República, um novo olhar começa a ser lançado sobre a infância no Brasil. Através da participação popular nas lutas pela garantia de direitos, pela reivindicação de cidadania, novos atores políticos entram em cena: a sociedade civil e os movimentos populares (recém despontados no cenário nacional). Os direitos da criança e do adolescente são colocados em evidência por inúmeras organizações, destacando-se o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR), a Pastoral do Menor, entidades de direitos humanos, ONGs, que apresentaram emendas à Constituição, evidenciando que os internatos não eram o melhor meio de proteção à criança pobre, que os segmentos da sociedade estavam muito mais preocupados com sua segurança pessoal e com o patrimônio do que com a proteção propriamente dita (BUSQUIER, 2017). Vários encontros foram realizados, negociações e pressões para que a nova lei fosse aprovada em tempo recorde. Esse movimento conseguiu adentrar suas propostas na Constituição Federal de 1988, sob o artigo 227, que assegura com prioridade os direitos das crianças e dos adolescentes, responsabilizando a família, a sociedade e o Estado, de forma igualitária, protegê-los contra qualquer forma de abuso, numa visão do cidadão como um ser em desenvolvimento. A intenção é partilhar as decisões entre Estado e sociedade (FALEIROS, 2009).

A presença da miséria, da barbárie, do trabalho precoce, convive na sociedade brasileira com um esforço da parte da sociedade, de parte do Estado para reverter essa situação, configurando-se um país dual onde se conflitam estratégias de clientelismo com as

---

<sup>88</sup> Entende-se o termo carente nesse contexto como a carência do ponto de vista econômica.

de cidadania, de proteção contra a violência e defesa de direitos. A internação em estabelecimentos fechados permaneceu como linha mestra até a implantação do ECA.

De tudo isso resultou o ECA (julho de 1990), em termos de uma sociedade democrática e participativa, que revoga o Código de Menores de 1979 e a FUNABEM, trazendo em seu conteúdo diretrizes gerais da nova política de proteção da criança e do adolescente, uma proteção integral, que os reconhece como cidadãos de direitos, que estabelece a articulação do Estado com a sociedade, bem como a criação dos Conselhos de Direitos e Tutelares e o Fundos de financiamentos para a política da infância, garantindo à criança a mais absoluta prioridade no acesso às políticas sociais.

O ECA representava uma verdadeira revolução nas áreas jurídicas, social e política. A proposta de dar um tratamento jurídico diferenciado à criança e ao adolescente aos poucos foi se incorporando à legislação, com repercussão na esfera da ação, sendo o Estado chamado a intervir. A Lei 8.242 de 1991 cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que trazia à tona diagnósticos regionais e locais da situação da criança e do adolescente, podendo assim ser cobrado ações mais específicas na política. Já em 1993, pela Lei 8.642, cria-se o Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (PRONAICA), para integrar e articular ações de apoio à criança, sob a coordenação do Ministério da Educação. É nesse processo que começa a ser articulado o Sistema de Garantia de Direitos (SGD)<sup>9</sup> (FALEIROS, 2009).

Contudo, não podemos negar que nada tenha mudado desde o início do século no que tange a assistência à infância, uma vez que esta agora se apresenta sob uma nova roupagem: social, econômica, política e cultural; onde a sociedade adquiriu meios de ser ouvida, de participar e intervir através de fóruns de discussão/participação popular, de Conselhos de Direitos.

## **2. DO PODER FAMILIAR AO PÁTRIO DEVER: A INTERVENÇÃO DO ESTADO VERSUS A RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA**

### **2.1 Atribuição da família, do Estado e da Sociedade na proteção integral.**

A integralização da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em torno do Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social, visualizando o ambiente familiar,

---

<sup>9</sup> Conjunto de instituições, organizações, entidades, programas e serviços de atendimento infanto-juvenil e familiar, os quais devem atuar de forma articulada e integrada.

condições em que esse será recebido dentro do seio da família, o amparo Estatal e possíveis situações de acolhimentos/adoção, é parte obrigatória nesse estudo realizado. Para tanto se faz necessário pontuar os papéis desses atores sociais.

Quando o assunto trata de crianças e adolescentes, normalmente se pensa na família como instituição responsável por sua proteção e cuidados. O que muita gente desconhece é que essa responsabilidade, de acordo com a CF de 1988 deve ser compartilhada com a sociedade e com o Estado. Por isso é comum a sociedade desconhecer o que compete a cada segmento, e o que vem dificultando a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

“A família, na sua gênese, foi a primeira célula social orgânica criada para servir de instrumento ao desenvolvimento e crescimento do ser humano” (PEREIRA, 2007). Dessa célula inicial foi, num processo natural, que o homem desenvolveu formas orgânicas complexas de inserção em grupos, tribos, reinos e o próprio Estado. É a partir da família que o indivíduo vai adquirir os primeiros conceitos que formarão os pilares de seu caráter e servirão de orientação para os caminhos a serem trilhados em toda a sua trajetória de vida. Historicamente a família tem sido definida a partir de suas funções, sejam elas políticas, econômicas, culturais e de reprodução social, recaindo sobre ela um conjunto de atribuições. Como um espaço de segurança e estabilidade, a noção da família também estrutura-se sobre um eixo moral, de ordem, hierarquizado, indicando que é no espaço doméstico que começa a ser formado o cidadão consciente de seus direitos e deveres. Assim sendo, por meio das políticas públicas, o Estado tenta trazer à tona a ideia de que se a família “falhar”, todo os seus membros estarão em vulnerabilidade e que, conseqüentemente, o equilíbrio da família iria favorecer a harmonia social e política. Entretanto, sabemos que a família nada mais é do que vítima da sociedade capitalista que impõe regras e padrões aos sujeitos sociais.

O ECA em seu Art. 25 define como família natural “a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes”. No imaginário social, a família seria um grupo de indivíduos ligados por laços de sangue e que habitam na mesma casa. Entretanto, essa definição não é capaz de explicitar a complexidade dos vínculos familiares, uma vez que a família atual também vem passando por alterações em sua formação, com novos modelos de organização e deve de ser pensada a partir do seu contexto sócio-cultural. A família nuclear tida como modelo ideal) não deixa de existir, o que emerge são novas composições e, a família passa a ser vista como um grupo de pessoas que são unidas por laços de afinidade, aliança ou consangüinidade. Há uma infinidade de formas de organização familiar. Abandona-se o sistema patriarcal, estabelecendo direitos/responsabilidades iguais a ambos os genitores e reconhece-se também a família monoparental. As pessoas que convivem em uma

ligação afetiva duradoura podem ser um homem e uma mulher e seus filhos biológicos, mas também um casal homoafetivo, ou apenas a mulher com seus filhos legítimos ou adotados.

Em seu Art. 226, a CF traz o conceito de que a família é a “base da sociedade”, contudo essa tem especial proteção do Estado. Utilizando-se de termos jurídicos tais como “Poder Familiar<sup>10</sup>” e “Pátrio Dever<sup>11</sup>”, nada mais referencio a real atribuição do Estado em manter suas políticas de proteção integral a criança, mas sem deixar de visualizar a co-responsabilidade da família para com seus entes. A dinâmica entre a esfera doméstica e a esfera pública passa a ser evidenciada. Na esfera doméstica predomina o Pátrio Poder<sup>12</sup>, hoje chamado de Poder Familiar, que muito sofreu influência do Estado para garantir a proteção da criança contra os abusos de seus próprios pais, ao mesmo tempo em que tentou se formar uma imagem de que a família é responsável pelo controle da vida social.

Vale ainda aqui destacar o que PEREIRA (2006) cita, “vem se redescobrimo a família enquanto um promissor e latente agente privado/domiciliar/íntimo de proteção social de seus membros. Proteção esta, que se propõe a prever, nas agendas governamentais, medidas de apoio ao núcleo familiar com ênfase às crianças”. Mas não se pode esquecer que o Estado na figura dos órgãos protetores, como o Conselho Tutelar e outros, têm papel importantíssimo no cumprimento da Lei e na orientação às famílias. O reconhecimento legal da importância da família e a expectativa desta promover a proteção social de seus membros vão gerar a implantação de vários programas que apostam na centralidade das ações da família.

O ordenamento jurídico brasileiro atribui aos pais certos deveres em virtude do poder familiar, e diante da mudança de paradigma que envolve a família<sup>13</sup>, é cada vez mais freqüente a ruptura das relações parentais, nascendo um campo fértil para omissões e abusos (COSTA, 2005). Uma vez caracterizada a ofensa aos direitos fundamentais da criança, os pais ou qualquer pessoa que seja o responsável/representante<sup>14</sup> legal, estão sujeitos às penalidades de cunho preventivo ou punitivo. As medidas de punição pertinentes aos pais ou responsáveis que descumprem com seu dever na criação dos seus filhos são a advertência, perda da guarda, destituição de tutela, perda ou destituição do poder familiar<sup>15</sup>. Essas penalidades devem de ser

<sup>10</sup> Segundo o ECA, o Poder Familiar é o conjunto de direitos e deveres atribuídos aos pais, com relação aos filhos menores e não emancipados, com relação à pessoa deste e a seus bens.

<sup>11</sup> Análise das responsabilidades dos pais quanto aos deveres intrínsecos ao poder familiar.

<sup>12</sup> O Código Civil de 2002 optou por utilizar o termo “poder familiar” no lugar de “pátrio poder”, tendo em vista que este, etimologicamente, remete a “pai”.

<sup>13</sup> Novas formas de se visualizar a família, suas novas roupagens, novas formas de união, diferenciando-se da família tradicional pai-mãe-filhos.

<sup>14</sup> No caso de menores de idade, que não podem exercer os seus direitos legais diretamente, elas são representadas pelos pais ou quem lhe tiver a guarda.

<sup>15</sup> Dados extraídos a partir do Código Civil Brasileiro.

aplicadas como medidas extremas, cautelares, sempre que não existam outras possibilidades, com vistas aos prejuízos físicos e psicológicos que possam recair sobre a criança. Nenhum lugar é melhor para qualquer criança ou adolescente do que o seio da sua família natural, desde que essa seja capaz de suprir as necessidades básicas dos mesmos (DILL, 2010).

Os pais que se omitem quanto aos direitos dos filhos, estão descumprindo a sua obrigação legal, obrigações estas não só do ponto de vista material, mas afetivas, morais e psíquicas. O distanciamento ocasionado entre pais e filhos também produz seqüelas de ordem emocional e reflexos no desenvolvimento da criança. Entre os principais deveres dos pais em relação a sua prole, está o dever de companhia e convivência, pois será através destas experiências diárias que os filhos formarão sua personalidade, devendo ser um lar harmonioso, com amparo afetivo. E essa responsabilidade é um dever irrenunciável, no sentido que leva em conta a vulnerabilidade da criança, seres em desenvolvimento que merecem tratamento especial.

Mas o que acontece quando a criança/adolescente não tem uma unidade familiar ou quando a tendo, essa unidade familiar não tem possibilidades de garantir suas necessidades essenciais? Pensando na cidadania da infância, há Estados em que as crianças são sujeitos de direitos, o que poderíamos assimilar à cidadania plena, enquanto em outros há a concepção de que a criança e o adolescente são exclusivamente dependentes de um cidadão adulto, dependente economicamente de tempo e atenções para esse cidadão<sup>16</sup>. Nestes casos, a criança e o adolescente aparecem não como beneficiários diretos de direitos, e sim sob a responsabilidade do cidadão ao qual a criança/adolescente está ligada legalmente e do qual vai depender economicamente. A lógica protetora<sup>17</sup> não é individualista nem universal, e sim familista<sup>18</sup> e focalizada, de modo que a criança/adolescente é concebida como um sujeito dependente que faz parte de uma unidade familiar responsável por ele (BUSQUIER, 2017). Culpabiliza-se assim os indivíduos e suas famílias pelas condutas desviantes.

Aqui se abre uma nova discussão: O Estado tem o dever e o interesse em punir a omissão ou o abuso dos pais no exercício do poder familiar? É no seio de uma família “desajustada” que nascem os desviantes? A autonomia da família no exercício do poder familiar não é absoluta, sofrendo muitas vezes a intervenção das penalidades explícitas no

---

<sup>16</sup>Referência extraída do artigo de Diniz, (2007, p. 2), onde salienta que a autonomia da família no exercício do poder familiar não é absoluta, podendo sofrer a intervenção estatal.

<sup>17</sup>“A tendência protetiva defende que a capacidade de cuidados e proteção da família está diretamente relacionada à proteção que lhe é garantida através de políticas públicas, enfatizando a responsabilidade pública” (TEIXEIRA, 2011).

<sup>18</sup> “A tendência familista traz a centralidade da família, com destaque para a capacidade de cuidado e proteção, onde a família deve assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” (TEIXEIRA, 2011).

ECA (Art. 129), sendo estas uma advertência, multas, a perda da guarda, destituição de tutela ou poder familiar.

O reconhecimento legal da importância da família e a expectativa desta promover a proteção social de seus membros vão gerar a implantação de vários programas que apostam na centralidade das ações da família. Mas então o Estado deve ser chamado a intervir na vida privada? Não é facultado ao Estado invadir a privacidade do lar? Ele tem que efetivamente estar mais presente na vida das famílias, dando a elas a perspectiva de progressão social, através de uma educação de qualidade, de programas de distribuição de renda, habitacionais, de recuperação de dependentes químicos, creches etc. O Estado assume o seu papel de ser o maior responsável pela promoção dos meios que garantam às crianças e adolescentes seus direitos de cidadania. Desta forma, cabe ao Estado executar, aprimorar e fazer cumprir leis que editou. Essas leis prevêem mecanismos para se tentar estruturar a família natural mantendo os filhos em seio sadio, através de políticas sociais preventivas.

Segundo o artigo de ELITON, (2010), inicialmente o Estado precisa atacar a causa da desconstrução familiar, trabalhando para diminuir as desigualdades sociais, restabelecendo importantes programas sociais, como meio de dar tranquilidade mínima aos pais na luta pela sobrevivência de sua prole. Nesse sentido, distribui essa responsabilidade aos municípios, que ficam na obrigação de proporcionar atendimento direto à população, criando e mantendo órgãos que deverão de integrar o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.<sup>19</sup>

Para Cavalcanti, (2013), no modo de reprodução capitalista, a família é tida como um fator desencadeador para a agudização dos problemas sociais existentes, e por isso, o Estado vem implementando as Políticas Sociais em diversas áreas – saúde, assistência social, jurídica – visando “harmonizar” novamente o núcleo familiar, e o ajustamento dos indivíduos à ordem social estabelecida. Um claro retrocesso no processo de culpabilização da família. O Estado reduz suas intervenções na área social e acaba depositando na família uma sobrecarga que ela não consegue suportar tendo em vista sua situação de vulnerabilidade socioeconômica.

---

<sup>19</sup>O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) surgiu em 2006, para assegurar e fortalecer a implementação do ECA, marco legal que ratifica os direitos fundamentais da infância e da adolescência. O sistema é formado pela integração e a articulação entre o Estado, as famílias e a sociedade civil, para garantir e operacionalizar os direitos das crianças e adolescentes no Brasil. Seus representantes são os conselheiros tutelares, promotores e juizes das Varas da Infância e Juventude, defensores públicos, conselheiros de direitos da criança e adolescente, educadores sociais, profissionais que trabalham em entidades sociais e nos CRAS, policiais das delegacias especializadas, integrantes de entidades de defesa dos direitos humanos da criança e adolescente, entre outros. Três eixos estratégicos o compõem: Defesa (responsabilização pelo cumprimento ou violação dos direitos previstos), Promoção de Direitos Sociais Básicos e Controle Social (fiscalização, acompanhamento, avaliação de políticas públicas).

A gravidade do quadro da pobreza constitui permanente preocupação e obriga a refletir sobre suas influências no social, e principalmente na área de atuação junto às famílias, na qual as políticas públicas ainda são ações mais expressivas. A família assim passa a tomar um lugar central enquanto demandatária dessas políticas públicas, mais específico no que tange ao atendimento às crianças. Exemplo disto é a ênfase dada à família na política de saúde, através da implantação do Programa de Saúde da Família – PSF<sup>20</sup> (primeira política específica de atenção básica a família formulado no Brasil, 1994). A Assistência Social através da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, tem como objetivo a proteção a família, maternidade e infância, visando o enfrentamento da pobreza, a garantia de mínimos sociais e universalização dos direitos sociais. O Sistema Único de Assistência Social – SUAS – prioriza a matricialidadesócio-familiar<sup>21</sup> e a territorialização<sup>22</sup>, através do Programa de Atenção Integral à Família – PAIF<sup>23</sup>.

Mioto (2004) destaca que a “incorporação da família nas políticas públicas se faz de forma bastante tencionada entre propostas distintas, vinculadas a projetos também distintos em termos de proteção social e societária”. Conseqüentemente, também os problemas e as soluções não podem ser pensados de forma isolada, relativos apenas aos membros da família, contidos somente no espaço familiar, extrapolando possibilidades individuais. As condicionalidades impostas às famílias trazem embutido o controle, revestido de direito, e sua culpabilização pelo Estado remetendo para a criminalização da pobreza e da família.

O Estado vem contendo cada vez mais os investimentos nas políticas sociais, intitulado políticas que atendam os “mínimos sociais”, tornando-as cada vez mais precárias e com isso surgem programas de transferência de renda como um foco de intervenção, evidenciando o Programa Bolsa Família. A família passa a ser uma “parceria” do governo na luta contra a pobreza. Dessa forma abre espaço para o setor privado que passa a executar funções que anteriormente eram exclusivas do Estado, articulando uma perspectiva de privatização com assistencialismo.

A atuação da sociedade na proteção e efetivação dos direitos da criança e do adolescente inicia-se na escolha dos responsáveis pela elaboração das leis e na efetiva

---

<sup>20</sup> Desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida às famílias, comunidades de territórios delimitados. A família passa a ser atendida de forma integral e em seu espaço social.

<sup>21</sup> A Matricialidade Sociofamiliar se refere à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da política de assistência social.

<sup>22</sup> A territorialização significa organizar os serviços de acordo com o território, ou seja, conhecer o território, que é onde a vida acontece, e, a partir das suas necessidades organizarem os serviços.

<sup>23</sup> O PAIF é ofertado por meio de serviços socioassistenciais, socioeducativos e de convivência voltados para as famílias, conforme suas necessidades, identificadas no seu território. O PAIF é realizado pelo CRAS.



cobrança para a implantação dos direitos legalmente previstos. Não cabe a sociedade substituir o papel do Estado, mas de realizar o controle social<sup>24</sup>, fiscalizar as ações estatais e se este está se abstendo de suas obrigações.

## **2.2 O arcabouço legal/jurídico na assistência à criança**

Essas são as prerrogativas legais que utilizarei para fundamentar nosso trabalho no terceiro capítulo. Conhecer a Legislação que cerca o Recém Nascido para poder desenvolver atitudes no fazer profissional do dia a dia e assim poder articular a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente.

A CF de 1988 em seu Art. 227 atribui à família o dever de educar, bem como o dever de convivência e respeito à dignidade dos filhos, devendo esta sempre priorizar o desenvolvimento saudável dos menores. “É dever da família, da sociedade, e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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”. O Art. 229 atribui aos pais o dever de assistir, criar e educar os filhos. A promulgação dessa CF mudou os paradigmas relacionados à criança e ao adolescente até então conhecidos, referenciando a sua posição dentro da família e da sociedade, considerando-os como sujeitos de direitos, a quem deve ser assegurada a proteção integral (GOMES, 2010).

Segundo a CF vigente, está estabelecido que os governos federal, estadual, municipal e distrito federal têm a responsabilidade de prover a saúde integral dos indivíduos. Seguindo as orientações da Política Nacional de Proteção à Saúde e as Diretrizes Nacionais do SUS, que em sua parte introdutória específica que “Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos”, e visualizando essa atenção integral.

---

<sup>24</sup> O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública: fiscalização, monitoramento e controle das ações da Administração Pública. É um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania que contribui para aproximar a sociedade do Estado, abrindo a oportunidade de os cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão pública.

A Lei Federal 8.069/90, ECA, evidencia a existência de deveres intrínsecos ao poder familiar, conferindo aos pais obrigações não só do ponto de vista material, mas especialmente afetivas, morais e psíquicas. Mas também divide essa responsabilidade com a sociedade, trazendo em seu Art. 4º: “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 dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

O capítulo III, da mesma lei, alega em seu Art. 19 que “Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, e em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.” Este artigo retrata de forma incontestável o direito da criança e do adolescente em ter em seu convívio sua família e na falta desta, a substituta, garantido assim a interação comunitária, em ambiente propício a sua formação.

Em seu Art. 22, enfatiza ainda que: “Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir determinações judiciais”.

No Brasil, são quase trinta anos de ECA, e treze anos do SUAS, instrumentalizando políticas públicas de proteção às crianças e adolescentes, tendo entre seus objetivos erradicar com as desigualdades sociais e com os seus alarmantes dados, pobreza na infância. Porém esse direcionamento é freado pela guinada neoliberal caracterizada pela contra-reforma do Estado - reformas orientadas para o mercado - para reestruturar a economia em detrimento dos aspectos sociais em um contexto de crise política, econômica e agravamento das expressões da questão social (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Em 1993 foi promulgada a Lei nº 8.742, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Em 2004 foi aprovada em Política Nacional de Assistência Social (PNAS), seguida pela Norma Operacional Básica/SUAS em 2005, Norma Operacional Básica/Recursos Humanos (NOB/RH) em 2006, Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais - Resolução 109/2009 e Protocolo de Gestão Integrada entre Serviços e Benefícios no SUAS, ambos em 2009. Em 2011 é sancionada a Lei 12.435, dispondo o atual formato de organização da Assistência Social no Brasil.

Esse novo formato traz diretrizes, regramentos e procedimentos à implementação da Política de Assistência Social no país, estruturando-a em níveis de complexidade de Proteção Social Básica (PSB), que visa o atendimento socioassistencial de prevenção às situações de

risco, e da Proteção Social Especial (PSE), direcionada às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social por motivo de violações de direitos e/ou ruptura de vínculos. A partir dessas normatizações, o acolhimento de crianças e adolescentes passa a compor a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, que integra “serviços de abrigamento dos indivíduos que, por uma série de fatores, não contam mais com a proteção e o cuidado de suas famílias”. No que tange o acolhimento de crianças e adolescentes, as legislações passam a prever, regulamentar e normatizar os Serviços de Acolhimento Institucional nas modalidades de Abrigo Institucional e Casa-Lar e o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora (BRASIL, 2009b).

Em consonância com a reorganização da Assistência Social no Brasil, o acolhimento de crianças e adolescentes passa a ser repensado e amplamente discutido. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) articulam-se e deliberam o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, de 2006 e as Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, também de 2009. Em 2009 também é sancionada a Nova Lei da Adoção - 12.010, que, para além de trazer subsídios referentes à adoção, amplia o conceito de família, reforça a garantia da convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes, traz a obrigatoriedade de equipes técnicas nos serviços de acolhimento e estabelece as atribuições profissionais específicas (BRASIL, 2009a).

### **3. A IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E A VULNERABILIDADE SOCIAL DO RECÉM NASCIDO**

No presente capítulo busco identificar o conceito de risco e vulnerabilidade, descrevendo quais são os riscos que os recém nascidos podem ser submetidos, dentro do contexto familiar e societário, desde a sua concepção à primeira fase da infância.

O termo Recém Nascido de risco, SOUZA (2009), se refere àquele exposto a situações em que há maior risco de evolução desfavorável, que devem ser prontamente reconhecidas pela equipe de saúde, pois demandam atenção especial e prioritária. Uma criança é considerada em situação de risco quando seu desenvolvimento não ocorre segundo o modo esperado para sua faixa etária, relacionando questões de ordem física, social ou psicológica. Essas situações podem estar presentes no nascimento – RN de risco ao nascer – ou acontecer ao longo da vida da criança. O risco pode ser resultado de ações realizadas por indivíduos de

modo a comprometer a existência, como por exemplo, o uso de drogas (lícitas ou ilícitas), ou consequência de conflitos familiares, vínculos rompidos, independentemente da classe social a que pertencem.

O conceito de vulnerabilidade busca dimensionar o contexto sociocultural, os direitos violados ou negligenciados, os agravos à saúde e os impactos na qualidade de vida. Como qualquer outro termo, possui diferentes possibilidades de interpretação, mas em um contexto geral designa grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção ou na garantia de seus direitos de cidadania.

As situações de vulnerabilidades podem ser identificadas, e devem servir de base para a definição de medidas de prevenção e de enfrentamento aos problemas que afligem as famílias, seus filhos e o Estado. No campo da saúde o conceito de vulnerabilidade vem sendo discutido como um potencial instrumento para a transformação nas práticas de saúde (PNAS, 2015). O principal argumento em defesa deste termo é a possibilidade que ele oferece articulação entre indivíduo e coletivo.

Citando ABRAMOVAY, (2002), as crianças e os adolescentes que se encontram em vulnerabilidade social são aquelas que vivem negativamente as consequências das desigualdades sociais; da pobreza e exclusão social; da falta de vínculos afetivos na família e demais espaços de socialização; da falta de recursos mínimos para subsistência e a políticas públicas; da falta de perspectivas profissionais e projetos para o futuro; da oferta e integração ao consumo de drogas e de bens, ao tráfico.

Em seguida, discorro sobre cada uma das situações de risco e/ou vulnerabilidade evidenciada no decorrer do Campo de Estágio da MCD, referenciando uma série de direitos violados às referidas vulnerabilidades, sendo agrupadas em quatro eixos, e que devem de ser consideradas no contexto de vida dos indivíduos, pois exercem forte influência sobre o comportamento das famílias e das comunidades em geral.

#### *a) Vulnerabilidade socioeconômica;*

A situação socioeconômica é o fator que mais tem contribuído para a desestruturação da família, repercutindo diretamente nos mais vulneráveis: filhos, que se vêem com seus direitos fundamentais violados. A pobreza, a miséria, a falta de perspectiva de um futuro melhor, impõe a toda família uma luta desigual pela sobrevivência. Olhar a família no seu movimento, nas suas vulnerabilidades e fragilidades, amplia o foco sobre a mesma.

A condição de vulnerabilidade aqui abordada é aquela que resulta do não atendimento às necessidades básicas de sobrevivência dos indivíduos. Vulnerabilidades aplicadas a

situações precárias da vida, que podem ser fundamentadas nos Art. 3 e 7 do ECA<sup>25</sup>, e definem que a situação de pobreza de crianças, adolescentes e suas famílias, delimitado pelo quadro de extrema desigualdade social vivenciado em nosso país, processo este marcado pelo desemprego, pela precarização do trabalho ou trabalho informal e suas conseqüências, atinge diretamente uma expressiva parcela da população. Tendo em vista obter a renda necessária, como para reparti-la entre seus membros, garantindo sua sobrevivência e reprodução social, muitas dessas famílias acabam por não terem condições básicas de manter seus dependentes na fase inicial do ciclo de vida.

Várias mudanças vem ocorrendo no plano socioeconômico e cultural de nosso país, voltadas para o processo de globalização da economia capitalista, o que vem interferindo na dinâmica e na estrutura familiar, possibilitando alterações em seu padrão tradicional de organização. Nessa nova concepção de família (monoparental), onde a combinação da ausência do cônjuge com a presença de filhos pequenos acabam por colocar a família em uma situação bastante vulnerável no que se refere ao nível de renda familiar. Estas são as famílias que mais necessitam de uma rede de suporte para o cuidado de seus filhos. As mulheres ainda são, com freqüência, as principais e, por vezes, as únicas, responsáveis pelos filhos. Muitas se vêem impossibilitadas de acompanhá-los e supervisioná-los durante todo o dia, o que torna a vida familiar bastante frágil. Irmãos mais velhos, sobretudo as meninas, acabam ocupando este vazio sem, obviamente, preenchê-lo. O quadro se torna mais grave se há na família crianças que demandam tratamento e cuidados especiais ou ainda adultos com doenças crônicas ou dependência química que os tornem menos funcionais. Isso não se traduz necessariamente na inexistência de afeto na família e sim que faltam condições mínimas para o cuidado e a educação das crianças. Recém Nascidos em famílias com vínculos familiares rompidos acabam por estarem mais expostos, uma vez que a rede familiar que deveria dar o devido apoio é inexistente, o que certamente leva a institucionalização.

Uma das provas mais evidentes da existência de uma família, ou melhor, as condições que permitem a criação "saudável" do RN, é o viver juntos sob o mesmo teto, pois esta moradia vai implicar no modo de vida de seus membros. As vulnerabilidades associadas à

---

<sup>25</sup> Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

situação da moradia/habitação também pode ser relacionada neste contexto. Moradores de casas insalubres ou precárias pode se tornar um ambiente inseguro para receber um RN. Normalmente essas moradias estão situadas em regiões de encostas com riscos de desabamento, sem infra-estrutura urbana, ou ainda podem ter sido construídas de forma inadequada. Essa situação de moradia está associada a necessidades econômicas e nos leva a outra análise: revelam as condições em que os indivíduos vivem, e quais as dificuldades que enfrentam para terem uma melhor qualidade de vida. E as causas que levariam a essas más condições de habitação seriam históricas, tais como a falta de planejamento urbano, a distribuição desigual de renda, ao desemprego em massa e a instabilidade econômica. O poder público deve assim também criar estratégias para o controle dessas ocupações irregulares do solo urbano e criar condições para que essa parcela da população sejam colocadas em áreas e em condições seguras de habitabilidade. Para GOMES, (2004), a família pobre, marcada pela fome e miséria, a casa representa o espaço de privação, de instabilidade e de esgarçamento dos laços afetivos e de solidariedade. Assim sendo, quando esta deixa de ser um espaço de proteção para ser de conflito, a superação da situação de pobreza torna-se uma meta quase que inalcançável, e o seio familiar pode não ser um meio harmonioso para o desenvolvimento social de seus membros.

Mas a responsabilidade não deve recair apenas sobre a família, como estipulam nossas leis e diretrizes de políticas. Há que se prover mais recursos públicos de diferentes tipos para garantir os cuidados básicos que cada criança necessita desde o nascimento. O discurso normalmente se inverte. Da condição de "não assistido", os responsáveis por esses RN acabam por serem culpados numa falha de formação moral. Segundo GOMES, (2005), a gravidade do quadro de pobreza e miséria<sup>26</sup> no Brasil constitui permanente preocupação com o social e nos obriga a refletir quais as políticas públicas que amparam as famílias, e se estas propiciam condições expressivas de intervenção na realidade constituída. A desigualdade de renda impõe sacrifícios e renúncias para toda a família.

*b) Vulnerabilidades da gravidez na adolescência;*

Profundamente relacionada aos itens anteriores, uma outra dimensão da vulnerabilidade, a gravidez na adolescência torna-se foco de estudo, especialmente das meninas uma vez que geralmente são elas as mais comprometidas com o cuidado das crianças

---

<sup>26</sup> De acordo com Yasbek (2003), são pobres ou miseráveis aqueles que, de algum modo, seja temporário ou permanente, não tem acesso a um mínimo de bens e recursos, sendo, portanto, excluídos em graus diferenciados da riqueza social.

pequenas. Avaliar a situação familiar e individual da adolescente e de seu parceiro, quando este for existente, requer uma análise delicada. Esse processo de "inserção na vida adulta" requer da família uma adaptação e uma capacidade de compreender os diferentes papéis que cada um vai assumir nessa fase de busca de autonomia da adolescência e flexibilizar suas "fronteiras" (VARELLA, 2018). Mas também não podemos deixar de destacar que quando falamos em autonomia, isso não quer dizer que seja confundida com falta de autoridade, regras e limites.

Denomina-se gravidez na adolescência a gestação ocorrida em jovens entre 10 e 19 anos<sup>27</sup>. Esse tipo de gestação normalmente não foi planejada e nem desejada e acontece em meio a relacionamentos sem estabilidade.

Apesar de que se discute que os adolescentes dos dias atuais saibam "tudo sobre sexualidade", sobre métodos contraceptivos, o que se evidencia é que a maioria não sabe se prevenir de forma adequada, ou ainda, cai naquele paradigma que "isso nunca vai acontecer comigo". O excesso de informações e a liberdade sexual recebida por esses jovens os leva a banalizar os assuntos relativos ao sexo, e essa liberação sexual, associada a certa falta de responsabilidades e limites é um dos motivos da gestação precoce. Observa-se um apelo midiático quando o assunto é sexo, influenciando certamente essa precocidade. Outro fator que leva a essa gravidez precoce é o afastamento dos membros da família e sua falta de estrutura. Seja por questões de trabalho, ou pela não convivência dos pais dos adolescentes, estes estão cada vez mais afastados de seus filhos. E os pais na maioria dos casos evitam "tocar no assunto sexualidade", por tabus ou moralidades. Acreditam que a escola se encarregue disso e o Estado vai abordar métodos contraceptivos. O enfraquecimento do "conservadorismo" por parte dos familiares, leva o adolescente a uma idealização de liberdade.

O efeito social e histórico da maternidade na adolescência leva a um discurso sobre gravidez, que assinala, principalmente, que os riscos para a vida e saúde da mãe e do bebê são altos para gravidez em idades muito jovens. Esse é um período em que a mulher não está preparada nem fisicamente, muito menos psicologicamente para a gestação. Essa gestação passa a ser considerada de risco para a adolescente. Os primeiros problemas podem aparecer ainda no início da gravidez e vão desde o risco de aborto espontâneo - ocasionados por desconhecer a gestação e ausência de acompanhamento médico - até o risco de vida - resultado de atitudes desesperadas e irresponsáveis, como a ingestão de medicamentos

---

<sup>27</sup>Dados obtidos a partir da Organização Mundial de Saúde.

abortivos. Entre os fatores biológicos posso citar os riscos de prematuridade do RN (baixo peso, morte pré-natal), a anemia, estado nutricional, desenvolvimento do aparelho reprodutivo feminino, hipertensão associada a eclâmpsia (AZEVEDO, 2014). Muitas dessas complicações poderiam ser evitadas se houvesse um Pré-Natal<sup>28</sup> adequado. Esse se torna incompleto, uma vez que geralmente as adolescentes tendem a esconder a gestação por receio da receptividade dos pais. Para tanto, também vale lembrar que este estado de saúde é agravado pelas condições socioeconômicas e culturais nas quais a adolescente está inserida.

A gravidez não é um problema exclusivo das meninas. Quando uma adolescente engravida, não é apenas sua vida que sofre mudanças. O pai, assim como a família de ambos tendem a passar por esse processo de adaptação. Outro problema evidenciado é então a rejeição da família. Na maioria dos casos já existe certa dificuldade anterior a gravidez, de relacionamento no seio da família. A estrutura familiar já se encontra mal organizada. Ainda é muito comum os pais abandonarem a adolescente nesse momento tão crítico e esta vem a residir com outros parentes ou com os familiares do outro genitor. A cabeça da adolescente está normalmente atormentada com a situação nova e isso gera um estresse muito grande. Ou então o "casamento de improviso", mais abordado no interior das cidades, ainda é bastante recorrente para que se possa "reparar o dano, mal causado". Os agravantes dessa situação são os conflitos posteriores do casal, que por inexperiência e falta de afinidades, acaba por separar-se. Algumas referências podem ser trazidas a tona nesse debate dos laços familiares, tais como garantia da criança em ter o reconhecimento da paternidade<sup>29</sup>, também conflituosa, pois muitas das vezes o pai da criança recusa-se ou a própria família da mãe adolescente opta por não dividir essa responsabilidade.

Outro risco que pode ser observado, relativo aos vínculos familiares é ausência de pais ou responsáveis de mães adolescentes no momento do nascimento do RN. Se os adolescentes forem menores de 16 anos, obrigatoriamente o Registro de Nascimento Civil deverá ser

---

<sup>28</sup>O pré-natal é o acompanhamento médico que toda gestante deve ter, a fim de manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. Durante toda a gravidez são realizados exames laboratoriais que visam identificar e tratar doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou da criança. É importante que as futuras mães comecem a fazer seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada ou antes de completarem três meses de gestação. Alguns exames feitos durante o pré-natal são importantes para detectar problemas, como doenças que possam afetar a criança ou o seu desenvolvimento no útero. Podem ser realizados tanto na saúde pública como através de convênios particulares.

<sup>29</sup>É importante lembrar que o direito à paternidade é garantido pela constituição federal. O reconhecimento pode ser pedido pela mãe se o filho for menor de idade, ou pelo próprio filho se ele já tiver 18 anos. O pai pode também reconhecer o filho espontaneamente. Neste caso, o pai deve ir ao cartório onde a criança foi registrada. No reconhecimento de paternidade espontâneo, a certidão de nascimento é alterada e o filho recebe o sobrenome do pai e o nome dos avós. Já quando o pai não quer reconhecer o filho é preciso abrir um processo de investigação de paternidade na justiça. É ela quem pede um exame de DNA.



efetuado pelos responsáveis legal dos menores<sup>30</sup>. Sem o apoio dessa rede familiar, faz-se necessário os encaminhamentos para outros serviços públicos, a fim de auxiliar os genitores nesse processo. Do contrário, sem esse registro de nascimento, a criança permanece em vulnerabilidade social, não podendo ser atendida em suas necessidades básicas tais como as consultas da primeira fase da infância, a vacinação, etc.

Dias, (2009, p. 2), "sugere tratar os fenômenos da gravidez e maternidade na adolescência inserindo-os em um campo analítico mais amplo: o da sexualidade, gênero e juventude, sempre especificados a luz das distinções de classes". A gravidez na adolescência, quando esta ocorre como resultado de uma gravidez não planejada e da conseqüente ausência de escolhas e de igualdade de direitos e oportunidades, não se limitam ao campo psicológico, refletindo-se no campo social, interpretada como uma expressão da questão social, destacando a discussão entre maternidade na adolescência e vulnerabilidade social de forma a ilustrar que características de certos grupos sociais contribuem para certos padrões reprodutivos e por conseguinte, uma gravidez problemática (inoportuna) freqüentemente obscurece os processos socioculturais que se encontram na sua base e os encaminhamentos às Redes de Proteção Social se fazem necessários. Apesar de atingir diferentes classes sociais, ocorre com maior frequência em pessoas com baixa escolaridade (geralmente a adolescente já havia interrompido os estudos antes mesmo de engravidar)<sup>31</sup>. Várias delas já cuidavam de irmãos mais novos, e, portanto já "aspiram um futuro igual à de seus pais" (DIAS, 2009). Ou ainda, o baixo nível socioeconômico pode contribuir para essas adolescentes como um fator motivador da gravidez precoce, uma vez que veem nessa uma possibilidade de ascensão social (quando o genitor masculino estiver em uma condição social um pouco melhor, ou mesmo na possibilidade de ganhar autonomia, permitindo à mulher a formação de sua própria família).

Tanto engravidam adolescentes de classes altas ou baixas. O que diferencia é a forma como essa situação é enfrentada (VARELLA, 2018). As classes altas oferecem educação de qualidade aos filhos que os levam a pensar na maternidade como uma escolha, e não algo "que a vida lhe impôs". Criam expectativas para o futuro. Quando entram na puberdade são levadas ao ginecologista, que passa a acompanhá-las e orientá-las. As classes mais abastadas contam com recursos e melhores possibilidades de interromper uma gestação caso esse for o objetivo, se os métodos contraceptivos falham. Já na outra esfera, a maioria das mães

---

<sup>30</sup>Caso a mãe seja menor de 16 anos esta deverá comparecer acompanhada de seus pais ou representante legal quando do registro de nascimento. Quando o pai for menor de 16 anos a declaração de nascimento só poderá ser efetivada com autorização judicial.

<sup>31</sup> Dados obtidos a partir dos índices de Indicadores Sociais do IBGE.

adolescentes tem poucos anos de estudo, são da raça negra e vivem nas regiões menos desenvolvidas economicamente dos países. Acabam por trabalharem na esfera doméstica. Há regiões em que o acesso a meios contraceptivos em postos de saúde é precário. O papel social que lhes resta é o de ser mãe. Normalmente ainda na adolescência, as gestações são múltiplas. Depois do nascimento do bebê, a adolescente costuma assumir seu papel de mãe, mas também delega essa responsabilidade a outras pessoas, na maioria dos casos a uma avó materna.

Nessa idade há um momento de formação escolar e preparação para o trabalho, e uma gravidez nessa fase, acaba por atrasar ou até mesmo interromper os estudos e as possibilidades de trabalho, o que compromete o início da carreira profissional e acaba por levar a adolescente a uma falta de perspectiva ao futuro. Outro fato de grande relevância é que a maior parte das mães adolescentes vem de escolas públicas. Se ainda assim conseguirem se inserir no mercado de trabalho depois do nascimento dos filhos, certamente ocupam posições inferiores às que teriam caso não fossem mães, com rendimentos mais baixos<sup>32</sup>.

Os dados da Síntese de indicadores Sociais do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2013, entre as jovens nessa faixa etária da adolescência, que não tinham filhos, na sua maioria residiam na região Sudeste, 40,4% e 56,3% declararam-se pretas ou pardas. A média de anos de estudo era de 8,9 anos; 73,7% ainda estudavam. Já os percentuais de meninas que tinham pelo menos um filho, cerca de 35,8% moravam no Nordeste, 69% se declararam pretas e pardas. A média de escolaridade era de 7,7 anos. Somente 20% ainda estudavam e 92,7% das entrevistadas cuidavam exclusivamente dos afazeres domésticos.

Os dados do Censo Demográfico do IBGE, 2015, retirados do banco de dados de pessoas e domicílios, afirmam que cerca de 30% das meninas que engravidaram na adolescência, acabam por ter outro filho ainda no primeiro ou segundo ano após o primeiro parto.

Mas devemos ressaltar que nem sempre a gravidez na adolescência é indesejada<sup>33</sup>, devendo-se combater os estigmas atribuídos às mães jovens. Desta forma, as mulheres que decidem ter filhos na juventude devem ser alvos de especial cuidado, de forma a garantir que essa vivência não seja fonte de perpetuação e/ou agravamento de desigualdades sociais. Em alguns casos, a gravidez pode fazer parte dos projetos de vida de adolescentes e até se revelar, nesta faixa etária, como um elemento reorganizador da vida e não destruturador.

---

<sup>32</sup> Dados obtidos a partir da Monografia de Tammille Salles Dias, que argumenta em seu Trabalho pesquisas e dados sobre essa afirmativa, levando em conta a cidade de Brasília – DF, porém com perspectiva de que esta realidade se aplica às demais regiões do país.

<sup>33</sup> Dados obtidos a partir da Monografia de Tammille Salles Dias.

Entretanto, independente das causas e desejos de uma gestação na adolescência, o fato é que a gravidez precoce é um problema de saúde pública, uma vez que causa riscos à saúde de mãe e filho e tem impacto socioeconômico das famílias.

Desta maneira, não é exatamente a idade um problema, o agravante está nas condições sociais e econômicas que estão inseridas essas mães e seus filhos. Assim, muitas complicações decorrentes da gravidez na adolescência encontram explicação primeira nas condições inadequadas de vida (como renda, trabalho, educação e outras), na exposição à violência, e no limitado acesso a serviços e recursos sociais (saúde, educação e outros). É preciso apontar as circunstâncias, as condições, costumes e valores que perpassam a maternidade na adolescência.

*c) Vulnerabilidades advindas do uso abusivo de álcool e outras drogas/situação de rua;*

Devida atenção deve ser dada à convivência familiar de crianças em ambientes de uso abusivo de álcool e outras drogas<sup>34</sup> ou em situação de rua<sup>35</sup>, o que pode acarretar a suspensão ou destituição do poder familiar através de ação de afastamento cautelar, avaliando a embaixo impossibilidade da permanência da criança com os pais (capacidade protetiva da família em relação à criança em um contexto de vida desfavorável). Mas quais são os fatores que levam a incapacidade dessas famílias em cuidar seus filhos.

Mas o que é a situação de rua? Para Mereles, (2016), pessoas que passam as noites dormindo em marquises, em praças, embaixo de viadutos e pontes são consideradas pessoas em situação de rua. Esse é um grupo heterogêneo, que vêm de diferentes vivências e que estão nessa situação pelas mais variadas razões. Há fatores que as unem: a falta de uma moradia fixa, de um lugar para dormir temporária ou permanentemente e vínculos familiares rompidos ou fragilizados.

Cada um pode ter tido um motivo particular para viver na rua. Segundo a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, entre os anos de 2007 e 2008, com objetivo de quantificar e qualificar esses fatores, os motivos que levam as pessoas a morar na rua são: alcoolismo e/ou uso de drogas (35,5%), perda de emprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%), correlacionando-os, e, existem pessoas que escolhem viver nas ruas, seja por estarem sofrendo violências ou abusos domésticos, ou ainda que uma noção vaga, de liberdade. 82% dessa população é masculina e apenas 18% são mulheres. Ao contrário do que se pode

---

<sup>34</sup>Aqui mais específicas drogas ilícitas tais como o crack e a cocaína, ambos aqui abordados como um problema de saúde pública, associado à violência e a criminalidade.

<sup>35</sup>Viver na rua implica numa condição em que há uma inexistência de moradia estável, utilizando-se de áreas públicas.

acreditar, a maioria dos moradores de rua são trabalhadores. Cerca de 70% exercem uma atividade com remuneração, mesmo que essa seja no mercado informal (catadores de material reciclado, "flanelinhas", trabalhadores da construção civil, entre outros). Essa é a pesquisa mais completa e abrangente que se tem até 2017. Mas porque cito esses dados? para que ao abordar a gestante e o RN em situação de risco ou vulnerabilidade social, não fique delimitado que todas estão atreladas a questão do uso do álcool/drogas, e sim, que a união desses dois fatores, rua mais drogadição, deve de ser priorizada na atenção integral à infância.

Segundo HALPERA, (2017), esse é um segmento com necessidades estratégicas para a garantia dos cuidados em saúde da mulher e da criança. Normalmente essa população de rua, associada ao uso abusivo de drogas, apresentam uma série de vulnerabilidades, enfrentando problemas médicos que deixam os indivíduos mais vulneráveis a contaminações (HIV, tuberculose, sífilis, hepatite, doenças infectocontagiosas, cirrose), psiquiátricos (dificuldade para controlar temperamentos e impulsos violentos), além de um maior envolvimento com problemas jurídicos (violência, abuso sexual, detenções associadas à assaltos a fim de custear o uso das substâncias entorpecentes , tráfico ou porte de drogas).

Busquier, (2017), no processo que chamou de "rualização" de indivíduos não está pautado apenas na questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, mas também se relaciona com o processo de urbanização desenfreada, ao desenvolvimento do capitalismo, à população que se encontra privada do direito a propriedade, e, portanto, essa também passa a ser uma expressão da questão social. Talvez o que intensifique tal contexto de vulnerabilidade ou violação de direitos de quem vive em situação de rua, é que essa parcela da população não é acometida apenas a privação de moradia, e sim, aos demais direitos sociais básicos (saúde, educação, trabalho, lazer). Em geral, esses indivíduos se privam de suporte social e pouco utilizam os serviços e ações de prevenção, não tendo suas necessidades básicas atendidas.

Quando a permanência na rua afeta o desenvolvimento de crianças e adolescentes, o agravamento desta situação requer devida atenção. A Resolução Conjunta CNAS/CONANDA (BRASIL, 2016) que trata da conceituação e do atendimento de criança e adolescente em situação de rua, considera que esta pode estar associada a situações de violência intrafamiliar, consumo de álcool e drogas, ameaças de morte, transtornos mentais, entre outras, e específica isso no artigo citado a seguir:

Art. 1º. Definir como crianças e adolescentes em situação de rua os sujeitos em desenvolvimento com direitos violados, que utilizam logradouros públicos, áreas degradadas como espaço de moradia ou sobrevivência, de forma permanente e/ou intermitente, em situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social pelo rompimento ou fragilidade do cuidado e dos vínculos familiares e comunitários, prioritariamente situação de pobreza e/ou pobreza extrema, dificuldade de acesso e/ou

permanência nas políticas públicas, sendo caracterizados por sua heterogeneidade, como gênero, orientação sexual, identidade de gênero, diversidade étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade, de posição política, deficiência, entre outros (BRASIL, 2016).

As situações que envolvem o uso abusivo de drogas em gestantes demandam preocupações que perpassam por questões de saúde da gestante e do bebê, mas também quanto aos direitos de ambos, tendo em vista que a mulher tem seus direitos referentes ao exercício da maternidade, inscritos no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>36</sup>, mas também a criança conta com uma legislação de proteção que lhe garante total segurança e proteção para o seu pleno desenvolvimento (SILVA, 2016).

Essas gestantes necessitam de um acompanhamento específico. Em situação de rua, normalmente a primeira abordagem é obtida através do Consultório de Rua<sup>37</sup>. Eventualmente elas são atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Mas o que realmente acontece é que essas usuárias acabam por procurar os hospitais apenas na hora do parto não tendo histórico de acompanhamento anterior. Quando essa mulher chega à maternidade e relata o uso de drogas, isso causa uma inquietação na equipe de saúde e normalmente esse atendimento é munido de desdobramentos e encaminhamentos. Mulheres grávidas ou amamentando devem de sofrer intervenção quanto a sua saúde e a do bebê, antes e após o nascimento.

Além dos problemas recorrentes do uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, a gestação torna-se de risco, uma vez que não só apenas existem riscos a vida da parturiente (abortos espontâneo), assim como ao neonato<sup>38</sup>, que já nasce em Síndrome de Abstinência<sup>39</sup>. Essa síndrome se caracteriza por irritabilidade, tremores, sucção incontrolável e muito choro. O uso abusivo dessas drogas durante a gravidez acaba por retardar o crescimento intra-uterino do feto, leva a um parto prematuro e ao baixo peso ao nascer, além de anormalidades no tônus muscular, alterações cognitivas, e na postura do RN. Exames toxicológicos também devem ser realizados para confirmar diagnósticos de doenças infectocontagiosas, uma vez que o

---

<sup>36</sup>Direitos Sexuais aqui citados garantem que toda e qualquer pessoa pode viver sua vida sexual com prazer e livre de discriminação, de viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos e os Direitos Reprodutivos compreendem o direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos/as e de ter a informação e os meios de assim o fazer, gozando do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva.

<sup>37</sup>Chamamos de Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das UBS do território.

<sup>38</sup>Criança recém nascida; o ser humano desde o nascimento até completar o primeiro mês de vida.

<sup>39</sup>A síndrome de abstinência neonatal ocorre quando o recém-nascido de uma mãe que usou drogas ilícitas nasce com sintomas de abstinência química precisando de tratamento intensivo e uma reabilitação rigorosa.

histórico clínico da mãe aponte para isso, tendo sido realizado um rastreamento prévio de doenças sexualmente transmissíveis. Poderá ocorrer a internação de RN em UTI Neonatal para investigação/tratamento das intercorrências da gestação de alto risco.

Segundo o Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Santa Catarina, (2015), baseado em evidências científicas, para a abordagem de transtornos por crack e cocaína em gestantes e bebês, alguns aspectos típicos das gestantes usuárias podem ser identificados, auxiliando os profissionais da área de saúde, na hora de tecer um diagnóstico de situação de risco ou vulnerabilidade, tais como: a) ausência de pré-natal, seja ele incompleto ou de início tardio; b) descuido com a aparência; c) passado obstétrico ruim (abortamento espontâneo, partos pré-termo); d) vínculos familiares conflituosos; e) companheiro usuário; f) violência doméstica.

Não que se esteja a estigmatizar as mulheres usuárias de drogas, especialmente do crack, munidas de preconceito, mas sim, à inexistência de cuidados dedicados às crianças, durante o período intra-uterino de suas vidas, o que leva a uma intervenção de órgãos responsáveis pela saúde e integridade da criança. Essa medida tem como objetivo salvaguardar o interesse do RN entregue a mulheres/famílias que não tem condições de cuidar e, posteriormente, até possam “entregar” a criança a terceiros. A tendência é culpabilizar essa mulher e julgá-la como incapaz de desenvolver a maternagem. No período do puerpério, devem ser observadas algumas rotinas, tais como atentar para o risco de fuga da parturiente, avaliação da necessidade da proibição de amamentação e os riscos próprios da abstinência. Ao RN observa-se se este não está sofrendo maus-tratos, negligências quanto à amamentação e higiene, comportamento agressivo, adesão de orientações da equipe médica e enfermagem (Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, SC, 2015). Há um tabu em torno do tema, carregado de moralidades, aliados ao medo de que a mãe possa ser negligente com a criança.

Outro quesito que pode ser observado é a questão de pais usuários que estão passando por tratamento ou se dispõem a ele, uma vez que haja a proteção/interesse integral da família extensiva em manter o vínculo legal e afetivo. A possibilidade de essa mãe usuária interromper o uso ou reduzir o consumo para assegurar o bem-estar da criança durante e após a gestação, depende de um trabalho sistematizado e qualificado de acolhimento dessa, num acompanhamento dos profissionais de saúde e de assistência social. A chegada desse novo membro à família pode ser reestruturador às usuárias, servindo como motivador a estas abandonarem o vício e assumirem as responsabilidades com seus RN. Do contrário, encaminhar a criança ao acolhimento seria como condená-las a consumir ainda mais drogas.

Nesse contexto entram as recorrentes notificações aos órgãos de proteção como os Conselhos Tutelares e as Varas da Infância e da Juventude, dos casos de situações consideradas de “risco” para a criança. Cria-se aqui uma linha tênue entre a proteção social e a segregação da criança de seu seio familiar.

*d) Vulnerabilidades do puerpério<sup>40</sup>;*

Identificar nas genitoras suas condições de saúde e as do bebê, avaliando as expressões da questão social, se faz necessário. Traçar a história dessa gestação é uma obrigação das equipes de saúde. Existe o risco de que nem todas as informações necessárias sejam oferecidas adequadamente por parte da mãe. Muitos dos dados necessários podem também ser obtidos a partir do cartão do acompanhamento pré-natal da gestante. Informações sobre o pai da criança, como seu nome, idade, escolaridade, local de trabalho e presença de doenças ou de hábitos inadequados como tabagismo, alcoolismo e uso de outras drogas são importantes para se ter uma dimensão do risco social que esse Recém Nascido vai enfrentar.

Essa categoria de vulnerabilidade quem sabe seja uma das mais discutidas no decorrer dessa análise. Diretamente os profissionais da área da saúde estão envolvidos, normalmente sendo os primeiros a evidenciar tais riscos. Crianças vítimas de abandono e negligências (se os pais abandonam a criança no hospital ou se manifestam a entregar para a adoção), o atendimento do pré-natal (mínimo 6 consultas médicas), incompleto ou inexistente, o parto domiciliar, a recusa ao Registro de Nascimento, crianças recém nascida exposta ao HIV ou a outras doenças crônicas, omissão aos cuidados básicos – descuido com higiene, ausência de proteção contra interveniência ambientais, frio, calor, aleitamento materno, vacinas (recusa a imunizações), cuidados específicos da saúde, demandam a ação de vários órgãos que protegem a integridade dessas, dentro de uma Rede de Proteção Integral.

Através do Programa Capital Criança - Florianópolis<sup>41</sup>, que além de realizar o agendamento da consulta neonatal precoce em torno do 5º ao 7º dia de vida do RN, com a finalidade de reduzir as taxas mortalidade infantil através das doenças imunopreveníveis, é

---

<sup>40</sup> Puerpério é o nome dado à fase pós-parto, em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas. Este é o período de tempo que decorre desde o parto até o momento em que os órgãos reprodutores da mãe retornem ao seu estado pré-gravídico. Nesta fase, a mulher é chamada de puérpera. O momento do término do puerpério é impreciso, aceitando-se, em geral, que ele termina quando retorna a ovulação e a função reprodutiva da mulher (6 a 8 semanas do parto, ou nas que estão amamentando, a ovulação retornará em momento praticamente imprevisível, podendo demorar até 6 a 8 meses).

<sup>41</sup> O Programa Capital Criança visa maximizar a qualidade e a quantidade de vida do cidadão, através da seleção, implantação e acompanhamento de intervenções e geração de parcerias que foquem a proteção, promoção e recuperação da saúde da criança de zero a dez anos incompletos.

realizada a vacinação contra a tuberculose (BCG) e a primeira dose da vacina contra Hepatite B nas primeiras 12 horas de vida dos recém-nascidos. Contudo, embora sejam realizadas por essa equipe especializada as devidas orientações sobre a importância e do dever que os pais têm em vacinar seus filhos, algumas famílias optam em não vaciná-los, seja pelo motivo diverso que for. E nessa recusa identifica-se legalmente uma negligência familiar, uma vez que a saúde do RN é priorizada acima da “vontade” dos genitores.

#### **4. DA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO CAMPO DE ESTÁGIO DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

##### **4.1 A descrição do Campo de Estágio - Identificação da Instituição**

O Estágio Supervisionado Obrigatório I e II foi realizado na Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina – Maternidade Carmela Dutra, no período que compreendeu dos meses de março à dezembro de 2017. O vínculo do estágio com a Universidade Federal de Santa Catarina efetivou-se na área do Serviço Social.

A Maternidade Carmela Dutra, trata-se de uma empresa de caráter público, sendo na atualidade uma das unidades administrativas do Governo do Estado, subordinada a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina sendo dirigido pelo médico Ricardo Maia Samways.

Inaugurada em 03 de Julho de 1955, a MCD, localizada em Florianópolis – SC, tendo seu nome dado em homenagem à esposa do Presidente do Brasil na época, o Marechal Gaspar Dutra. Com a finalidade de prestar atendimento à parturiente e ao recém-nascido, foi a primeira instituição pública do gênero em Santa Catarina. Iniciou as internações obstétricas em 1956 com 79 leitos, e sua administração foi entregue às irmãs da Divina Providência.

Como fonte de financiamento da Instituição, na sua maior parcela, estão as receitas oriundas do Sistema Único de Saúde, conforme repasses da tabela de procedimentos do SUS. Do Governo do Estado há o financiamento por meio do Fundo Estadual de Saúde - FES - unidade gestora dos recursos orçamentários e financeiros destinados a atender as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Por se tratar de um hospital escola, também recebe investimentos da Rede Escola. Como a maternidade faz parte da Rede Cegonha<sup>42</sup>, esta também investe nesta instituição.

---

<sup>42</sup> Uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.



Atualmente dispõe de 104 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal. Nasceram aproximadamente 3.600 bebês por ano e mais de 200.000 bebês nasceram na maternidade ao longo dessas seis décadas de prestação de serviço. A média anual de atendimento da Maternidade Carmela Dutra é de 13.200 consultas ambulatoriais, 22.000 consultas de emergência, as quais geram 7.700 internações/ano<sup>43</sup>, e em torno de 180 cirurgias mensais.

O Serviço de Neonatologia é referência Estadual no atendimento aos recém-nascidos. Possui 43 leitos de alojamento conjunto para os recém-nascidos saudáveis, 14 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e 10 leitos de UTI Neonatal.

No que se refere à assistência obstétrica, presta atendimento à gestante de Alto Risco tanto em nível hospitalar como ambulatorial desde 1998. Em relação ao atendimento ginecológico assiste mulheres que necessitam de cirurgias (histerectomias) e também consultas ambulatoriais. Na área de oncologia-ginecológica, constitui-se em um serviço de referência no Estado, com atuação em nível ambulatorial e hospitalar. Atende mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama, reconstrução de mama e cirurgias ginecológicas.

O Serviço de Ambulatório desenvolve ações nos diferentes níveis, destacando-se: ginecologia, cardiologia, anestesiologia, geriatria, hebiatria, histeroscopia, planejamento familiar, pré-natal de alto risco, ginecologia cirúrgica, mastologia, climatério, esterilidade e infertilidade, oncologia ginecológica cirúrgica, neuropediatria e puericultura para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos de alto risco, durante o primeiro ano de vida.

Possui o Serviço de Medicina Fetal para diagnóstico e tratamento das doenças fetais intrauterinas, que juntamente com o serviço de gestação de Alto Risco e Berçário de Alto Risco, mantém os índices de mortalidade neonatal e materna compatível com dados de países desenvolvidos<sup>44</sup>.

Conta ainda com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno desde 1979, sendo pioneiro no Estado de Santa Catarina. É responsável pelas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, além das atividades de coleta, processamento, controle de qualidade, estocagem e distribuição do produto (colostro, leite de transição e leite tardio).

---

<sup>43</sup>Dados estes obtidos a partir dos Relatórios Gerenciais Anuais da Maternidade Carmela Dutra.

<sup>44</sup>Dados estes obtidos a partir dos Relatórios Gerenciais Anuais da Maternidade Carmela Dutra.

Por se tratar de um hospital de Referência em Saúde da Mulher, conta ainda com a execução de Exames Radiológicos de Mamografia, conveniado a diversos municípios da região, o qual auxilia no diagnóstico e tratamento do Câncer de Mama, com uma média de 300 atendimentos/mês.

Um serviço complementar é oferecido pelo Recanto da Mamãe, um local destinado às mães que estão amamentando bebês que recebem atendimento no Berçário de Alto Risco ou na UTI neonatal, facilitando o contato diário entre eles. A unidade também possui uma Central de Registros de Nascidos Vivos, fornecendo a certidão de nascimento antes das crianças saírem da maternidade.

Possui Certificação como Hospital de Ensino credenciado pelo Ministério da Saúde/Ministério da Educação, desde 2000, sendo uma entidade de ensino teórico e prático. É uma Maternidade/Escola, conveniada a Universidade Federal de Santa Catarina além de outras instituições de assistência de ensino, como residência médica, estágio em Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, entre outras.

O quadro técnico, clínico e administrativo da MCD é composto por uma equipe multidisciplinar de profissionais, sendo da área de enfermagem, radiodiagnóstico, médicos e residentes, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, e profissionais administrativos, totalizando 467 servidores públicos estaduais. A segurança pessoal/patrimonial, recepção, higienização e nutrição hospitalar estão a cargo de empresas terceirizadas.

Por ser uma instituição que se articula com os demais setores da sociedade civil, trabalha com os órgãos representativos do judiciário, das secretarias (saúde, assistência, administrativas) dos municípios conveniados, dos Conselhos Tutelares, e em especial a Associação de Voluntárias que beneficiam de forma indireta os usuários da MCD.

As demandas apresentadas pela população beneficiada pelos serviços são as mais variadas possíveis, visto que, geralmente são usuárias (gestantes, pacientes da oncologia ginecológica) da Rede Pública de Saúde da Grande Florianópolis e de pacientes advindas do interior do Estado por ser a MCD um Centro de Referência da Saúde da Mulher (mais específico no que tange aos serviços de Mamografia, Gestação de Alto Risco e a UTI Neonatal). Esta maternidade é responsável por grande parte dos atendimentos obstétricos de Florianópolis, cerca de 50%.

## 4.2 O Serviço Social na Instituição

O Serviço Social corresponde a uma profissão que atua em variados espaços sócio ocupacionais, dentre os quais a área de saúde. Ao inserir-se na equipe de saúde este profissional possui atribuições próprias, baseado na busca pela promoção em saúde, universalização do acesso a direitos sociais dos usuários da política de saúde. Segundo a Cartilha Elaborada por SOUZA, (2012, p. XX) “o Assistente Social na Saúde contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de viabilizar o acesso às informações, orientações e ações socioeducativas para que a saúde possa ser percebida como produto de condições gerais da vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País”.

Hoje, a concepção básica que fundamenta o trabalho do Serviço Social na Instituição é a *concepção de saúde enquanto serviço e como direito do usuário*. Realizando o acompanhamento das pacientes adolescentes, estrangeiras, idosas e em situação de vulnerabilidade social, bem como seus familiares, no que se refere às questões dos direitos sociais.

A interação entre Assistente Social, paciente e familiar ocorre diariamente, através de visitas às unidades e contato com médicos, enfermeiras e demais profissionais, utilizando-se de entrevistas, contatos e reuniões, para apoio e/ou discussão reflexiva. Através de técnicas específicas, o Assistente Social utiliza do seu relacionamento com o paciente (fundamental nesse processo interativo) para ajudá-los na superação de suas dificuldades e problemas. Na sua abordagem, além da especificidade técnica, repassa também benefícios imediatos, quando necessário.

Esse serviço foi implantado em 1967, com a contratação de uma profissional. Ao longo do tempo, existiram momentos que trabalharam na Instituição até cinco assistentes sociais. Porém atualmente a equipe é composta por 03 Assistentes Sociais que se revezam nos seguintes setores:

O Alojamento Conjunto e Geração de Alto Risco prioriza as puérperas e gestantes de Alto Risco, no que se refere aos seus direitos em relação à saúde, trabalho, previdência e assistência social, realizando os encaminhamentos necessários de acordo com a demanda apresentada. São realizadas visitas diárias no leito, detectando principalmente, as genitoras que apresentam alguma vulnerabilidade social (puérperas adolescentes, usuárias de drogas, doenças infectocontagiosas, negligência materna e casos de adoção, entre outros). Objetiva-se garantir as mães a utilização de seus direitos, através de devidos esclarecimentos e

encaminhamentos.

O Berçário de Alto Risco e Recanto da Mamãe proporciona atendimento às pacientes e suas famílias em períodos de internação prolongada, normalmente quando seus RN necessitam de uma atenção mais específica. Todos os trabalhos desenvolvidos nesse setor estão pautados na dinâmica interdisciplinar (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Corpo Clínico). O Recanto da Mamãe serve de alojamento para as mães que acompanham a recuperação de seus RNs na UTI Neonatal, com o objetivo de fortalecer o vínculo entre estes, oferecendo apoio e incentivo à amamentação.

A Oncologia Cirúrgica e Clínica Médica, articulada ao serviço de psicologia e com o Voluntariado presta atendimento multiprofissional tanto aos pacientes quanto aos familiares, acompanhando-os, orientando-os no que se refere às questões dos direitos sociais. A profissional se encarrega de realizar atendimentos para famílias em situação de óbito, o que facilita e agiliza o processo de providência de sepultamentos.

Em todos esses setores o Serviço Social se vê incumbido da prestação de auxílio concreto (transporte, hospedagem, alimentação, enxoval, kit de higiene pessoal, vestuário, calçados, medicamentos e outros) aos pacientes, nos casos que se fizerem necessários.

Ciente de que, de um lado está o paciente, sua família e comunidade, e, de outro, a Instituição Hospitalar para servi-los, a Assistente Social, em sua atuação como elemento de ligação, coordena esses dois aspectos. Por isso elabora programas e projetos que venham ao encontro dos objetivos de todos os profissionais envolvidos no processo, integrados aos objetivos e normas institucionais, pois, compreende que somente uma ação conjunta leva a uma linha de cooperação. No dia a dia da atuação profissional, é necessário se articular com recursos existentes na comunidade para devidos encaminhamentos, acionando a rede de apoio nos municípios (CRAS, UBS, CT).

No que diz respeito às atividades, programas e projetos desenvolvidos no âmbito do Serviço Social, pela busca ativa em arquivos existentes, consegui ter dados de relatórios a partir do ano de 2010, acreditando que devido à reestruturação do serviço e presença de novas funcionárias, apenas a partir desse momento se estruturaram esses registros. Desse momento em diante destacaram-se as Atividades de Saúde Ocupacional, atendendo apenas às demandas espontâneas dos Servidores, com o objetivo de mediar conflitos e discutir situações de relacionamentos interpessoais no âmbito de trabalho. Paralelamente a estas atividades era acompanhada a situação de servidores afastados em Licença Tratamento de Saúde e Readaptação, assim como o processo de aposentadoria.

Do mês de fevereiro até maio de 2014 o Serviço Social participou da organização e

execução da Implantação do Protocolo de Assistência Humanizada ao Recém Nascido de Alto Risco e sua família, onde capacitou a equipe da UTI Neonatal.

No início do Ano de 2015 foi criado um Grupo de Apoio às Gestantes de Alto Risco juntamente com uma equipe interdisciplinar (Assistente Social e Enfermagem), com objetivo de atender as demandas apresentadas em suas questões sociais, garantindo seus direitos referentes à Saúde, Previdência e Assistência Social (Direito ao Acompanhante, Registro de Nascimento, Licença Maternidade, entre outros).

O grupo “Encontro do Cuidar”, que iniciou as suas atividades em 2012, em 2016/2017, teve uma boa representatividade, reunindo três vezes por semana as mães de RNs que estão em tratamento na UTI Neonatal, onde se forma uma relação de vínculo e confiança entre a equipe e as usuárias, no qual se discute sobre as dificuldades inerentes ao momento vivenciado. Este é uma parceria com as enfermeiras da UTI Neonatal, Psicologia e Berçário de Alto Risco (BAR).

No ano de 2017, o Serviço Social esteve envolvido na organização do 1º Workshop: Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social<sup>45</sup>(Projeto de Intervenção desta Graduanda) como proponente e atuou em conjunto com a psicologia no 1º Encontro Multiprofissional da Maternidade Carmela Dutra, onde o corpo clínico, técnico, e representantes dos diversos setores internos ministraram palestras de interesses comuns à equipe multiprofissional.

Traçando metas e objetivos que facilitassem um atendimento de qualidade aos pacientes e seus familiares, agilizando altas, encaminhando a recursos comunitários e proporcionando condições para que a internação seja o mais breve possível, presta ações assistenciais, serviços concretos com vistas à solução de problemas imediatos, apresentado pelos usuários do serviço. Através da Pesquisa Social, promove o levantamento de dados relacionados aos aspectos sociais evidenciados na população usuária, demonstrando as relações de causa e efeito encontradas, relacionando-as ou não ao aspecto saúde/enfermidade. Buscou identificar e conhecer a realidade social, conhecendo a situação social das pacientes e família, adjetivando um plano de intervenção quando necessário, propondo-se a acompanhar as pacientes nas Unidades de Internação, visando contribuir na minimização de suas prováveis e naturais dificuldades. Essas abordagens podem ser individuais ou em grupos.

O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social é de suma importância, porque é através dele, de seus conhecimentos, que se pode entender melhor a situação vivenciada pelas

---

<sup>45</sup> Projeto esse que iremos abordar mais adiante detalhadamente, pois foi a partir dele que surgiu a proposta desse TCC.

mulheres internadas, não se restringindo somente ao estado saúde-doença. As visitas diárias aos leitos hospitalares do Alojamento Conjunto têm o objetivo de conhecer melhor a paciente e seus familiares, prestar informações e intervir em determinadas situações quando necessário.

A equipe médica e multiprofissional valoriza o trabalho do Assistente Social nessa unidade hospitalar, sendo constantemente solicitada a intervir em certas situações e contribuir com a sua opinião. Não existe apenas a Alta Médica. Quando solicitado o Serviço Social precisa também dar o seu parecer na Alta Social.

Para se trabalhar nessa unidade e nos demais lugares que o Assistente Social atua, faz-se necessário ter um olhar sensível, criterioso e pensante, agindo imparcialmente, uma vez que nessa profissão é preciso deixar de lado certos valores e julgamentos, para poder compreender melhor nosso usuário.

### **4.3 Do Estágio Curricular Supervisionado e o Projeto de Intervenção**

As atividades exercidas durante o período de estágio estão relatadas a seguir, convém destacar o envolvimento nas atividades desenvolvidas junto ao Atendimento Social e Acompanhamento nas Unidades de Internação do Alojamento Conjunto e Unidade de Gestantes de Alto Risco, em caráter inicial observatório e por fim pude desenvolver as atividades de forma mais autônoma, realizando os atendimentos sociais individualmente". Da observação, participação na realização dos atendimentos foi um longo período de busca de conhecimentos, de leituras, de aperfeiçoamento de referenciais teóricos e operativos, de escuta com atenção, de policiar-se quanto aos termos e o tom da "conversa", quanto a assumir uma postura profissional e deixar de "lado" questões de cunho intimista e particularista, sem julgamentos ou moralidades, estes muito específicos do perfil do Assistente Social, passando a visualizar uma situação na sua visão do todo, globalizada (realidade social vivenciada pela paciente), e não apenas se pautando em uma demanda imediatista, embora essa seja uma característica fortemente impressa no decorrer da atividade. E quando citamos o trecho anterior, estamos levando em conta o que Couto, (2009, p. 9), referenciando a Lei n°. 8662/1993 e o Código de Ética Profissional do Assistente Social explicitam:

"Como demonstrado no enunciado da Lei, são garantidos ao assistente social os elementos para que se constitua em profissional competente teórica e tecnicamente, tendo assegurado as tarefas de condução de seu projeto de trabalho. Essa garantia de que a Lei reconhece às competências dos assistentes sociais se fortalece quando essas tarefas são complementadas pelo enunciado do Código de Ética profissional. Se a Lei diz o que se deve e pode fazer, o Código anuncia quais valores devem ser preservados, quando se explica o trabalho a ser desenvolvido".

O processo do trabalhado iniciou pela coleta de informações das usuárias através da pesquisa dos prontuários. Em seguida realizamos a busca ativa com as visitas aos leitos, colocando-nos à disposição no intuito de estabelecer vínculos. As visitas diárias têm o objetivo de conhecer melhor a paciente e seus familiares, realizando aquilo que chamamos de Estudos Sociais prestando informações e intervindo em determinadas situações quando necessário. Esses estudos são estruturados a partir dos sujeitos para as quais as ações estão dirigidas, pela forma de abordagem desses sujeitos, bem como pela utilização de instrumentos técnico-operativos e pela produção de documentos. “Os estudo sociais são realizados nos mais diversos campos de intervenção profissional e estão vinculados ao acesso a determinados benefícios sociais de ordem material e financeira, em que se inclui a aquisição de bens e serviços” (MIOTO, 2009, p. 7). Para tal foi necessário:

- Conhecimento da dinâmica institucional, as políticas sociais e o exercício profissional a partir do espaço ocupacional e das condições de trabalho;
- Pesquisa, leitura e análise de materiais institucionais, planos, políticas e legislação social relacionadas à área. Por estar constantemente realizando leituras, conhecendo melhor o campo de estágio, me inteirando das legislações que regem nosso trabalho, regularmente havia uma troca de informações entre esta estagiária e a Supervisora de Campo, com finalidade de expandir minhas atribuições, avaliar minhas condutas.
- Identificação dos referenciais teóricos e jurídicos utilizados na área de Saúde, Previdência e Assistência Social;
- Atendimento às demandas apresentadas pelas usuárias em suas questões sociais para que fossem assegurados seus direitos no âmbito da Saúde, Previdência e Assistência Social que consistem em:
  1. Análise dos dados das puérperas e gestantes internadas na maternidade através do sistema de informação identificando prioridade de atendimento (adolescentes usuárias de drogas, vulnerabilidade social, etc.);
  2. Visita aos leitos para orientação, informação e formação de vínculo;
  3. Constatar a situação de adolescente com relação ao apoio familiar, encaminhado para acompanhamento e acolhimento pelas redes de apoio (UBS, CRAS e CT); Comunicação e solicitação de acolhimento aos Conselhos Tutelares quando usuária demonstrar alguma suspeita de ocasionar riscos ao RN. Quando de alguma situação específica, ou seja, mães adolescentes, usuárias de drogas, moradoras de rua, estrangeiras, tínhamos como obrigação comunicar a Rede de Proteção

Socioassistencial, haja vista que existe um Fluxograma que orienta a conduta quanto ao “RN em situação de risco ou possível vulnerabilidade social” e esse trabalho, via e-mail, telefonema, contatos pessoais.

4. Atendimento junto com equipe interdisciplinar;

- Identificação das atribuições profissionais e o instrumental técnico que caracteriza o Serviço Social no espaço ocupacional;
- Elaboração de relatório diário e mensal de atendimentos;
- Registro interno dos atendimentos. Em posse das anotações coletadas durante o atendimento social, redigia os mesmos no Sistema de Informação Médico/Multiprofissional e anexava-os no prontuário das pacientes; Assim era uma maneira de me aprofundar melhor no campo e no trabalho do Serviço Social na Maternidade.
- Elaboração de propostas interventivas mediante a construção/execução do Projeto de Intervenção, comprometidas com as proposições ético-políticas do projeto profissional, este elaborado à partir do mês de junho/2017 e executado em setembro/2017;

Analisar o processo de aprendizagem do estágio curricular supervisionado se faz necessário para que haja uma avaliação das atividades que contribuíram para o cumprimento da formação curricular e certamente farão diferença na atuação da estagiária quando se tornar uma profissional do Serviço Social.

As atividades junto ao atendimento direto à puérperas e as Gestantes de Alto Risco, dos encaminhamentos necessários e o Registro de Informações tiveram um enfoque maior no início do estágio supervisionado. Já no segundo semestre demos enfoque às necessidades do Projeto de Intervenção, com o tema 1º Workshop: Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social, na sua execução em si. Esse Projeto de Intervenção representa a sistematização/organização das ações desenvolvidas no dia a dia profissional, em resposta à expressões da questão social vivenciada, com respostas nutridas por conhecimentos específicos, teóricos operativos e interventivos.

Muitas pesquisas foram necessárias para que este evento se concretizasse, ficando mais dificultado por se tratar de uma rede de Instituições, onde cada membro envolvido apresenta características distintas, e requerem um conhecimento ampliado para além das atribuições do Serviço Social.

Ao desenvolver esse trabalho na área de saúde, tive que fazê-lo com auxílio de



instrumentais que conduziam a identificar soluções perante as demandas apresentadas. Para isto, coube ao mesmo tempo ter uma visão ampla da atuação profissional e como funciona a rede de atendimento socioassistencial. Visando isto, identifiquei os atores dessa Rede de Proteção Social, que nos dariam suporte quando de alguma situação específica, a dizer mães adolescentes, usuárias de drogas, moradoras de rua, estrangeiras, que orientavam a conduta quanto ao “RN em situação de risco ou possível vulnerabilidade social”.

A organização proponente do projeto foi o Setor de Serviço Social da Maternidade Carmela Dutra em conjunto com esta graduanda Alessandra Lammel, cujo objetivo era abranger a região metropolitana de Florianópolis, numa linha programática que abordou os Direitos da Criança e do Adolescente, dentro do Fluxo Operacional do Sistema de Garantia de Direitos<sup>46</sup>. Fundamentada na integração da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em direção a socializar os critérios e a identificação de quais os casos deveria ser notificados e os devidos encaminhamentos que os RNs em Situação de Risco e Vulnerabilidade estão submetidos, descrevo as etapas deste projeto, por ordem de ações e procedimentos necessários para a realização do mesmo.

Muitas demandas emergentes foram identificadas no decorrer do estágio obrigatório, referente ao tema abordado “Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social”, contudo, este projeto de intervenção surgiu em resposta a uma solicitação do Corpo Clínico da Maternidade Carmela Dutra, que tem interesses comuns à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente<sup>47</sup>, elucidando a temática junto aos órgãos competentes e também para melhor esclarecer os fluxos de atendimento dentro dessa mesma Rede. A metodologia dessa intervenção objetivou que as Instituições através de sua fala, explicitassem qual o seu papel dentro da Rede e qual o apoio que se espera das demais, levantando sugestões e soluções para uma problemática da comunidade, e reafirmando condutas comuns a todos os sujeitos envolvidos.

Neste projeto de intervenção serão foram utilizados os seguintes instrumentais,

---

<sup>46</sup>O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) consolidou-se a partir da Resolução 113 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) de 2006. O início do processo de formação do SGD, porém, é fruto de uma mobilização anterior, marcada pela Constituição de 1988 e pela promulgação do ECA, como parâmetro para políticas públicas voltadas para crianças e jovens, em 1990. O SGDCA é formado pela integração e a articulação entre o Estado, as famílias e a sociedade civil como um todo, para garantir que a lei seja cumprida. De forma articulada e sincrônica, o SGDCA estrutura-se em três grandes eixos estratégicos de atuação: Defesa, Promoção e Controle. Essa divisão nos ajuda a entender em quais campos age cada ator envolvido e assim podemos cobrar de nossos representantes suas responsabilidades, assim como entender as nossas como cidadãos dentro do Sistema.

<sup>47</sup>As Instituições que fazem parte da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente aqui abordado são constituídas pela Abordagem Social de Rua, pelos CRAS, pelos Conselhos Tutelares e pelo Juizado Especial da Infância e da Juventude. Contudo as Maternidades também fazem parte dessa vigilância.

distribuídos em três etapas: Planejamento, Execução e Avaliação, onde por volta do início do mês de junho/2017 foram realizadas reuniões entre a estagiária e a supervisora de campo (Serviço Social), supervisora acadêmica e a Direção Hospitalar da MCD, para elaborar as estratégias de ação, que tinham como fundamentação pesquisas documentais/teóricas relativas ao desenvolvimento do projeto. Após a identificando os recursos humanos, materiais e financeiros que dispunhamos, da confirmação de que a MCD forneceria o espaço e data para realizar o workshop, passamos a segunda etapa: abordagem da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente para definir quais seriam os atores envolvidos no projeto, quais as temáticas que cada agente traria a tona. Estabelecer um relacionamento entre essas instituições abordadas com fins de reafirmar o fluxograma já existente dentro da Rede foi uma das tarefas mais árduas. Direcionar e relacionar quem iria executar cada etapa de acordo com o interesse e a disponibilidade de cada integrante da Rede de Proteção Social demandou certa atenção na distribuição dos papéis de responsabilidade: quem se responsabilizaria pela divulgação do projeto, quem iria ser o representante de cada instituição, como seria a organização do evento. Mas essa etapa foi superada com êxito, dentro de um cronograma de realização do projeto. Elaboramos um material explicativo sobre o Projeto de Intervenção que poderia ajudar na sua divulgação (banners, folders e panfletos). Realizamos o contato (convite) com o público-alvo, por telefonema, por correio eletrônico, pessoalmente. Apresentamos um material de comunicação visual ao público-alvo além da divulgação e inscrição no Site da Secretaria Estadual de Saúde com a organização da Programação do *Workshop*, definindo as datas, horários, o tema em que cada profissional iria abordar. As ações foram minuciosas, que demandam atenção. Tive que desenvolver habilidades manuais, criativas, e manusear programas de arte gráfica, uma vez que em nosso orçamento não havia previsão de custeio para tal. Mas essa função também me fez ter uma participação mais ativa, colocando as minhas impressões pessoais no Projeto.

Enfim, a realização do *Workshop* na data estipulada foi concretizada. 100% das Instituições chamadas ao debate compareceram. 80% dos inscritos estiveram presentes. Sob minha coordenação, ao mediar os debates, e com ampla participação do público-alvo, promovendo o diálogo/debate/troca de experiências entre as Instituições participantes, vindo de encontro a demanda inicialmente almejada, o evento reuniu o Corpo Clínico e Técnico da Maternidade Carmela Dutra, à Abordagem Social (rua)<sup>48</sup>, ao Centro de Referência de

---

<sup>48</sup>O Serviço de Abordagem Social oferta de forma contínua e programada trabalho social de abordagem e busca ativa, identificando nos territórios a incidência de crianças, adolescentes e adultos em situação de rua. Dessa forma busca a resolução de necessidades imediatas evitando os riscos que a rua oferece, promovendo

Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar (CT), Juizado Especial da Infância e da Juventude – Ministério Público, demais maternidades da grande Florianópolis e comunidade acadêmica de Serviço Social.

As Instituições coube trazer a tona os temas previamente sugeridos:

a) Acolhimento/adoção Institucional (Juizado Especial da Infância e da Juventude do MPSC), onde o Promotor de justiça abordou as questões do Poder Familiar que tanto discutimos no capítulo III, das situações que identificam o risco e a vulnerabilidade e que levam a judicialização desses processos e acolhimento institucional, colocação em família substituta, condutas de adoção, desses RN.

b) Corpo Clínico e observações sobre o RN em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social. Um representante da UTI Neonatal da MCD levantou questões relativas a identificação desses riscos pela equipe médica e o auxílio do Serviço Social na resolução desses casos. Trouxe ao debate experiências vivenciadas em seu campo de trabalho e da dificuldade encontrada ao "separar" pais e filhos nos casos específicos de identificação de risco, mas também ressaltou a importância desse processo. Relataram-nos sobre a importância da Vacinação no período inicial de vida do RN e observâncias sobre o Parto Domiciliar.

c) O Serviço Social Hospitalar no Processo de “integração” da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente; A Assistente Social da MCD abordou a temática demonstrando com articulação a Rede quando da identificação de um caso de risco ou vulnerabilidade, e da importância que a equipe multidisciplinar tem ao ser o agente que vai demonstrar essas situações. Relatou experiências do Setor.

d) A Abordagem a gestante de rua (Abordagem Social). A representante desse segmento trouxe para a conversa todas as ações que a abordagem faz anteriormente ao nascimento do bebê às gestantes em situação de rua/drogadição, demonstrando que é possível ter uma perspectiva de mudança e mesmo se esta não se efetivar, o trabalho que também realizam ao acionar os outros integrantes da Rede para proteção do RN. Também nos foi trazido à questão da falta de vínculos existente entre essa população de rua e sua família.

e) Gestante e Púerpera em vulnerabilidade social pela visão do CRAS. Essa instituição nos trouxe a questão da pobreza, da falta de recursos e de políticas mais efetivas que possam amparar as famílias em situação de vulnerabilidade social. Também expôs projetos da grande

Florianópolis, onde o CRAS busca auxiliar as famílias na melhora dessas condições de vida. Mostrou o acolhimento das gestantes pelo CRAS com vínculos familiares rompidos.

f) Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social segundo o Conselho Tutelar. Quando Notificar? Sendo este o tema mais debatido, a Conselheira Tutelar trouxe todo um arcabouço jurídico que ampara o CT. Deixou bem claro quais são as situações em que devem ser acionados para intervir no bem-estar do RN, reafirmando as quatro situações de vulnerabilidade identificadas anteriormente no capítulo quatro. Ressaltou ainda a importância da família extensiva nos casos de acolhimento. Também nos deu um "*FeedBack*" sobre os casos de acolhimento feitos pela MCD, relatando a situação dos RN institucionalizados.

Os objetivos desse projeto foram todos atingidos, os quais destaco:

- Integração das instituições que atuam na Rede de Proteção através de uma reunião ampliada (workshop) de equipes multiprofissionais;
- Socialização/debate/discussão sobre as atribuições de cada Instituição, aprimorando mecanismos de comunicação e participação com os diversos públicos da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente;
- Reinteração de quais são os fatores de risco ao Recém Nascido;
- Debate sobre os fluxos já estabelecidos (dúvidas, questionamentos), identificando conjuntamente com o grupo, sujeitos interessados, um fluxograma na atenção ao Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social;
- O encontro proporcionou um processo de conscientização dos sujeitos e sua reflexão sobre a temática abordada;
- Promoveu um vínculo entre os diversos profissionais da Rede de Proteção Social e as demais instituições envolvidas nesse processo de identificação do Recém Nascido em Situação de Risco ou Vulnerabilidade Social;
- Atualizou os profissionais atuantes no atendimento ao Recém Nascido em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social;
- Orientou quanto à conduta das maternidades quando da identificação de algum direito violado, criando termos de colaboração e cooperação;
- Deixamos encaminhamentos para um novo debate, tais como um encontro anual para debater esse tema; maior sensibilização dos CT para esclarecimentos sobre a sua atuação; abordagem aprofundada sobre o tema da adoção.

- Aplicação de um questionário para avaliação do Projeto de Intervenção junto aos atores envolvidos foi realizada ao término do evento.
- O projeto foi submetido à avaliação da equipe que o elaborou, identificando pontos positivos/negativos, conduta, organização, e avaliou ter sido positiva a experiência, abrindo prerrogativas para novos eventos como este.

A tarefa de elaborar/executar um Projeto de Intervenção exigiu dessa graduanda não apenas que identificasse quais as demandas emergentes que chegavam ao SSO, mas também foi necessário ter um planejamento estratégico, organizar, estruturar pessoas e atividades, ter comprometimento e responsabilidades, seguir normas institucionais, ter diálogo tanto com a instituição proponente como a necessidade de sensibilizar possíveis participantes com um tema que fosse de interesse comum e que motivasse quem dele participasse, esperando assim um bom resultado.

Para concluir a reflexão, afirmo que o formulação/execução de um Projeto de Intervenção pode ser considerado como uma síntese das ações/trabalho do Assistente Social, num exercício de conhecimento contínuo, identificando demandas e compromisso ético-político.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para iniciar essa consideração final é necessário ter a convicção de que o atendimento à gestante, à puérpera e ao recém nascido deve ser priorizado com um acolhimento e avaliações de risco, sendo fundamental a interlocução entre os serviços de todos os níveis de complexidade. Só assim será possível uma atenção integral que garanta a continuidade da assistência à garantia plena dos direitos do RN. Os profissionais da enfermagem, medicina, entre outros, normalmente apontam as dificuldades das mães com determinada atividade ou cuidado, como no caso da amamentação, em perceber alterações no bebê. E a partir daí, de forma multidisciplinar, a assistência começa a ser traçada. O Serviço Social entra na discussão então, com o papel de analisar toda a conjuntura, buscando a rede de apoio para que sejam prestados cuidados da forma mais segura possível (SILVA, 2016).

Trabalhar o contexto histórico da assistência à infância no Brasil, passando por toda a trajetória histórica, não só enriqueceu este trabalho de conclusão de curso no sentido de identificar quem eram esses infantes, como também nos permitiu entender que o tema tratado, as vulnerabilidades as quais a infância está exposta, o que demonstrou que esse é um "problema antigo", que "pulou de mãos em mãos", conforme o contexto sócio cultural de sua

época, e que as mudanças realmente expressivas, mesmo dentro dos limites atuantes do Estado, só foram conquistadas com a implantação efetiva do ECA em 1990.

Como se pode constatar, através da discussão realizada, o tema em pauta é bastante complexo. As ideias trabalhadas ao longo do texto e a organização da discussão na centralidade da família nas políticas sociais abordadas no segundo capítulo merecem ser aprofundadas, não apenas por uma questão acadêmica, mas pelos impactos que as ações desenvolvidas pelos programas sociais têm no cotidiano das famílias, assim como esses pressupostos legais nos fornecem a informação que a criança deve de ser assistida na sua integralidade. O processo de formação do indivíduo está vinculado a requisitos básicos de existência, tais como cuidados com enfermidades, a orientação moral, o apoio psicológico, as manifestações de afeto, o vestir, o abrigar, o alimentar, o acompanhar física e espiritualmente durante toda a sua vida. Os genitores devem observar que seu papel não se limite apenas ao aspecto material, o sustento material. A falta de recursos financeiros por si só não pode ser alegado para retirar um filho de sua família. Assim, a política social, diga-se, a responsabilidade do Estado, deve oferecer apoio à família, e não pressioná-la a responsabilidades das quais não tem como arcar. Nesta concepção, a família e a sociedade deveriam compartilhar com o Estado certas responsabilidades.

A esfera da autonomia reservada à família não exime o Estado da obra de vigilância, de coordenação, de integração que lhe compete exercer dentro do âmbito de seu legítimo poder. O Estado deve prestar o devido apoio à família para que essa possa desempenhar adequadamente o seu papel na proteção e cuidados aos filhos.

Contudo, podemos perceber o desenho de uma lógica na qual a atuação do Estado começa a ter um caráter de atuação mínima, discurso propagado pela nova ordem política econômica neoliberal, na qual a família é compreendida como a instituição mais importante, local em que este recebe estabilidade e segurança em um mundo de transformações rápidas.

No terceiro capítulo abordamos a vulnerabilidade social associada assim à forma de vida dos sujeitos, que traz uma série de situações que normalmente chegam rapidamente ao Serviço Social como demandas dos próprios profissionais de saúde, que costumam ficar sem saber como lidar com essas situações e depositam no Serviço Social expectativas de atendimento das demandas dessas usuárias e dos recém nascidos a partir do atendimento às famílias e ao estudo social que é realizado.

A vulnerabilidade social se expressa, assim, de várias formas, seja como falta de recursos, ou no desamparo institucional por parte do Estado, condições essas que podem conduzir o indivíduo ou a família, a sofrer uma queda no seu "bem-estar" como consequência

de estar exposto a determinados tipos de riscos. É diante desse contexto, que surge a necessidade de estudo dessa realidade específica e principalmente das ações profissionais que estejam voltadas aos valores e princípios do nosso projeto ético-político profissional.

O recém nascido é ainda mais frágil, mais vulnerável do que qualquer outra criança em outra fase da vida. Esses dependem de um cuidado porque tem pouca defesa, seja de fatores biológicos ou de fatores externos. Sendo assim, necessitam de um cuidado maior, uma atenção mais específica, que requer do Estado, da família e da comunidade empenho diferenciado.

Identificar quais os principais riscos em que o RN está exposto não foi tarefa fácil, haja vista que vários determinantes eram observados (convivência familiar, situação socioeconômica, cuidados básicos com o bebê, etc.), porém as experiências vivenciadas no dia a dia do campo de estágio nos apontou algumas situações bem específicas, que levaram a identificação destas: vulnerabilidades socioeconômicas, da gravidez na adolescência, do uso abusivo de drogas/álcool ou em situação de rua e das vulnerabilidades do puerpério. Ao conseguir traçar esse perfil, foi possível articular as estratégias e ações do Projeto de Intervenção, a avaliação final do estágio curricular desta graduanda junto à Maternidade Carmela Dutra. Este projeto buscou tecer considerações sobre o tema e, também, investigar a realidade institucional no atendimento a essa população.

Por fim, obrigatoriamente foi preciso incluir nesse trabalho esse período em que me dediquei ao Estágio Obrigatório Curricular, onde concluí que um dos principais desafios colocados aos assistentes sociais consiste em formular projetos que materializarão o trabalho a ser desenvolvido. Cada vez mais, é imperativo ao assistente social identificar aquilo que requer intervenção profissional, bem como reconhecer de que forma essa intervenção irá responder às necessidades sociais que, transformadas em demandas, serão privilegiadas nos processos de trabalho nos quais a profissão é referida (COUTO, 2009).

Compreender a prática profissional requer do Assistente Social um exercício de reflexão contínuo e um aprimoramento teórico constante, sobre as particularidades que envolvem o fazer profissional. Sabendo, entretanto que este se encontra comprometido com a defesa dos direitos humanos e sociais, com a construção da cidadania para todos, nessa perspectiva surgem diversas formas de atuação profissional que contribuem efetivamente na valorização desses direitos através da participação de recursos, elaborando programas e projetos que possibilitem transformar direitos prescritos em práticas efetivas.

Esse conceito é materializado na medida em que se consegue alterar a realidade dos sujeitos de direitos proporcionando-lhes através da intervenção profissional melhor qualidade

de vida. Assim sendo, o Projeto de Intervenção permitiu aplicar na prática essa vivência, esse agir profissional, demonstrando o comprometimento desse profissional com a garantia efetiva dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal.



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10644726/artigo-227-da-constituicao-federal-de-1988>. Acessado em 13/07/2017.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm) Acessado em 14/07/2017.

<http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/direitos-sexuais-e-reprodutivos>. Acessado em 15/07/2017.

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+crianca&menu=5>. Acessado em 21/07/2017.

BRASIL. DATASUS. Sistema de informação sobre nascidos vivos (Sinasc). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acessado em 25/07/2017.

[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8315](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8315). Acessado em 10/05/2018.

<https://edmil.jusbrasil.com.br/artigos/294498878/educacao-familiar-base-de-uma-sociedade-saudavel>. Acessado em 14/05/2018.

[http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/alana\\_gomes\\_fernandes.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/alana_gomes_fernandes.pdf). Acessado em 15/05/2018.

<https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/gravidez-na-adolescencia-2/>. Acessado em 22/05/2018.

[http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt\\_1679-4508-eins-S1679-82015RW3127.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_1679-4508-eins-S1679-82015RW3127.pdf). Acessado em 22/05/2018.

<http://www.gravidezsemalcool.org.br/o-que-e-sindrome-de-abstinencia-neonatal>. Acessado em 24/05/2018.

[https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/4109/4109\\_5.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/4109/4109_5.PDF). Acessado em 28/05/2018.

<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/altineia.neves/estagio-supervisionado-ii/sistematizacao-da-pratica-ney-luiz-teixeira-almeida/view>. Acessado em 25/06/2018.

[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf), acessado em 08/08/2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. O trabalho do Assistente Social nas instâncias públicas e democráticas. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 394-410.

COSTA, Maria Aracy Menezes da. Responsabilidade civil no direito de família. **XII Jornada de Direito de Família**. Rio de Janeiro: COAD, Edição Especial, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: CFESS; ABEPSS. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 651-666.

DIAS, Tamille Sales. Maternidade na adolescência: vulnerabilidade social no contexto metropolitano de Brasília. 2013. 84f., il. Monografia ( Bacharelado em Ciências Sociais) UNB, Brasília, 2013.

DILL, Michele Amaral. Os deveres intrínsecos ao poder familiar e a responsabilidade dos pais no descumprimento. In: Âmbito jurídico, Rio Grande, XIII, set 2010. Disponível em : [http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8315](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8315). Acessado em 15/05/2018.

FONSECA, T.M.A. Reflexões acerca da assessoria como atribuição e competência do assistente social. In: Revista Ágora: **Políticas Públicas e Serviço Social**, Ano 2, nº 3, dezembro de 2005.

GUIMARÃES, E. B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito; M.I & Silva, E.V. Adolescência - Prevenção e Risco, SP; Atheneu, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza et al. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos, vol.8, n.17, pp. 13-45.

Lei de Regulamentação da Profissão dos Assistentes Sociais, Lei 8662/93 e Código de Ética Profissional - disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao\\_lei\\_8662.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf). Acessada em 14/04/2018.

Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm). Acessado em 17/04/2018.

Lei nº 8742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18742.htm). Acessado em 17/04/2018.

Ministério da Saúde. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. *Rev. Katálisis*, Florianópolis, v. 16, n. Spe, p. 61-71, 2004.

Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº1, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2016/resolucoes-2016/>. Acessado em 18/04/2018.

ROSA, Edinete Maria. O adolescente: a lei e o ato infracional. Vitória – ES: EDUFES, 2007.

RIZZINI, Irene. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 2. Ed. Rev – São Paulo: Cortez, 2009.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008.

SOUZA, Priscila Fortunato Barreto. *Cartilha Assistente Social na Saúde: Guia básico sobre a atuação dos profissionais de Serviço Social na área de saúde*. 2012. Material integrante do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social. Florianópolis – SC.