



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIELLI GÉSSICA BORGES

**O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO ÀS ADOLESCENTES PUÉRPERAS NA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA – FLORIANÓPOLIS/SC**

Florianópolis

Maio, 2021

MARIELLI GÉSSICA BORGES

**O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO ÀS ADOLESCENTES PUÉRPERAS NA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA – FLORIANÓPOLIS/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Michelly Laurita Wiese

Florianópolis

Maio, 2021

MARIELLI GÉSSICA BORGES

**O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO ÀS ADOLESCENTES PUÉRPERAS NA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA – FLORIANÓPOLIS/SC**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviços Sociais.

Florianópolis, 17 de maio de 2021.

Prof.^a Dr.^a Rúbia dos Santos Ronzoni
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Michelly Laurita Wiese - Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.^a Dr.^a Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Assistente Social Heloisa Maria de Souza
Hospital Governador Celso Ramos - HGCR

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família mãe e irmã mulheres fortes e inspiradoras, amigos, professores, orientadora, supervisoras de estágio, colegas de trabalho, todos aqueles que ajudaram direta ou indiretamente na construção e conclusão deste trabalho, a todos que tiveram paciência comigo em momentos de tensão e de empenho, e que me ajudaram a conseguir alcançar meus objetivos, sempre me motivando a não desistir.

RESUMO

O presente estudo surge em virtude de debates que se fazem presentes na sociedade sobre a sexualidade/gravidez na adolescência, que na maioria das vezes é vista sob a perspectiva do risco/ vitimização, e não ao respeito aos seus direitos adquiridos, aparecendo apenas como um modelo de controle moral sobre os corpos. Desta forma, a ideia é tratar a questão da gravidez na adolescência baseado em princípios de proteção social em que tendem a direcionar uma nova perspectiva de atuação do Assistente Social junto a esse público, priorizando o dever do Estado, autonomia e liberdade da adolescente no exercício de direitos. A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem ampla relação com a prática do estágio curricular obrigatório I e II, realizado de março a dezembro de 2019, em conjunto com o Serviço Social do Hospital Maternidade Carmela Dutra. O objetivo geral deste trabalho é discutir a proteção social para adolescentes puérperas, e consiste em apresentar a Rede de Proteção Social voltada às adolescentes puérperas do município de Florianópolis/SC, que passam pela maternidade e, em específicos usufruem da rede de proteção no que tange à saúde, à educação e à assistência social. A metodologia do estudo foi baseada em uma revisão de literatura e vem de encontro como prisma de análise do que se considera proteção social em específico ao público escolhido. Entende-se que o tema não é novo, haja vista que, já vem sendo abordado desde a Constituição Federal de 1988, todavia, ainda não foi analisado de forma específica nos TCCs realizados por estagiários da área do Serviço Social que passaram pela maternidade. Por conta disso, o questionamento que vem à tona, trata da maneira como as adolescentes são protegidas nesta etapa de suas vidas. Sucintamente, com esse estudo se pretende colaborar com a discussão das redes de proteção existentes, mas no contexto de entender adolescentes puérperas ainda enquanto adolescentes e não “mães”, ou seja, põe em xeque a grande questão de como são consideradas e acolhidas pelos serviços sociais das políticas sociais, mantendo o ideário como já mencionado como adolescentes sujeitos de direitos. Como resultados pode-se perceber que as adolescentes ao receberem auxílio do profissional de da Assistência Social se sentem mais seguras e conscientes de seus direitos adquiridos. Pode-se concluir que, o profissional Assistente Social possui um papel exatamente importante no atendimento de adolescentes puérperas, e nos serviços de saúde e assistência relacionados a este público, uma vez que contribui para o bem-estar das adolescentes durante este ciclo, assegurando o direito à proteção social quando do acesso aos serviços sociais.

Palavras-chave: Proteção Social. Gravidez na Adolescência. Puérperas. Saúde da Mulher.

LISTA DE SIGLAS

ABI - Associação Brasileira de Imprensa
CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CCI - Centro de Convivência para Idosos
CF/88 - Constituição Federal de 1988
CIB - Comissão de Intergestores Bipartite
CIT - Comissão de Intergestores Tripartite
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho de Secretários Estaduais de Saúde
CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CREAS - Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CRAS - Centro de Referência em Assistência Social
DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
HU - Hospital Universitário
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
LOPS- Lei Orgânica da Previdência Social
MAS - Ministério da Assistência Social
MCD - Maternidade Carmela Dutra
MS - Ministério da Saúde
NOAS-SUS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/Sistema Único de Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
NOB-RH/SUAS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF - Programa de Atenção Integral à Família

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PSF - Programa de Saúde da Família
RN – Recém- Nascido
SBPS - Sistema Brasileiro de Proteção Social
SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SINPAS - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
UNICEF - Fundo Internacional das Nações Unidas para a Infância
UBS - Unidade Básica de Saúde
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2 A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA | 13 |
| 3 A POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO | 20 |
| 3.1 SAÚDE: NA POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL | 28 |
| 3.2 EDUCAÇÃO: NA POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL..... | 35 |
| 3.3 ASSISTÊNCIA SOCIAL: NA POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL | 39 |
| 4 O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO AS ADOLESCENTES PUÉRPERAS: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO ... | 46 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 59 |
| REFERÊNCIAS..... | 61 |

1 INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho é a proteção social para adolescentes puérperas. Este tema não é novo, haja vista que, já é abordado dentro de algumas áreas que aportam as discussões relacionadas ao público escolhido. Entretanto, ainda não foi abordado de forma específica em Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) realizados por estagiários do Serviço Social que passaram pela maternidade, trazendo a perspectiva de análise que se propõem. No entanto, as políticas sociais já foram tratadas individualmente, assim como, a temática gravidez na adolescência. Mas, a nossa indagação é como as adolescentes são protegidas nesta etapa de suas vidas, principalmente por parte do Estado. Sendo assim, o objetivo do TCC consiste em apresentar a rede de proteção social voltada às adolescentes puérperas do município de Florianópolis-SC, no que tange à saúde, educação e assistência social. De modo geral, essas três políticas, pois foram as que durante a experiência no campo de estágio se teve contato e se percebe que são os serviços mais acessados e envolvidos nesse ciclo pelas adolescentes puérperas que passam pela maternidade e usufruem dos serviços do território.

Vale destacar que metodologicamente o estudo se trata de uma revisão de literatura e reflexões a partir da prática de estágio. Todavia, é válido mencionar que a pesquisa estava voltada para ser de campo, em lócus com aplicação de entrevistas. Devido a pandemia (COVID-19) foi reformulado. O que não impede de futuramente ser pensado para resultar em respostas mais fidedignas das próprias usuárias dos serviços e suas percepções.

O interesse pelo tema surgiu durante o período de estágio em Serviço Social na unidade de alojamento conjunto da Maternidade Carmela Dutra. A maternidade ofereceu a oportunidade de acompanhar as adolescentes puérperas, bem como, os seus familiares, além disso, de perceber, por meio deste contato, os desafios que muitas destas adolescentes enfrentam nessa etapa de suas vidas. Nesse sentido, por identificar um aumento gradativo deste público durante o período de estágio, foi possível perceber a necessidade de aprofundar o estudo da temática e para além deste, realizar o mapeamento dessa rede socioassistencial existente no município, no que concerne a serviços que podem ser acessados por estas adolescentes durante o período de gestação inclusive, tanto quanto e, principalmente, conforme

enfoque de puerpério¹. Conhecer as políticas públicas que permeiam a Rede de Proteção Social, dentro do município de Florianópolis, para um atendimento integral às demandas é imprescindível. Enquanto Assistente Social, o profissional precisa estar atento aos fluxos de serviços e redes existentes no âmbito da proteção social, trazendo à tona uma grande ferramenta de trabalho no cotidiano, a intersectorialidade como instrumento de efetivação de políticas públicas. Como destaca Giovanni (1998) *apud* Cronemberger e Teixeira (2015), proteção social representa métodos institucionalizados, ou não, utilizados pelas sociedades com o objetivo de proteger seus membros dos problemas sociais e dificuldades da vida em sociedade.

Ressalta-se que, esta breve análise parte da perspectiva em que adolescentes são tidos como sujeitos de direitos em condição peculiar de desenvolvimento, conforme cabe em lei.

A gravidez na adolescência² é resultante de uma multiplicidade de experiências de vida. Em determinados contextos, a gravidez na adolescência coloca as/os adolescentes³ em situação de vulnerabilidade, impactando sobremaneira a sua vida, uma vez que é um dos fatores para a perpetuação de ciclos intergeracionais de pobreza e de exclusão (UNICEF, 2011). A rede de proteção social deve ser mapeada e divulgada visando facilitar os fluxos e encaminhamentos, bem como, formas de acesso para as usuárias.

Embora a gravidez na adolescência, muitas vezes, seja concebida como uma espécie de “evento-problema”, tal qual é refletida em muitas análises, é imprescindível que seja apreciada sem preconceitos, a fim de, sensibilizar ações multisetoriais que estimulem políticas públicas; de igual forma, estimulem as famílias a dar apoio e proteção às adolescentes para que estas continuem estudando e sejam capazes de garantir uma vida melhor para si, e para seus filhos (BRASIL, 2010).

¹ O período pós-parto, também conhecido como puerpério, inicia-se após o nascimento do concepto e a saída da placenta. O final do puerpério não é tão bem definido, sendo muitas vezes descrito como seis a oito semanas após o parto, período em que as modificações anatômicas e fisiológicas do organismo materno, em especial do seu aparelho reprodutor, são marcadamente notadas.

² Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1989) A adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade, definido com base no desenvolvimento biológico, ou seja, desde o início da puberdade até o completo amadurecimento sexual e reprodutivo.

³ De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8069/1990, “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990b, n.p).

A gestação na adolescência não é planejada, mesmo para aquelas jovens que, consciente ou inconscientemente, desejam a gravidez. Nessa perspectiva, Bouzas e Miranda (2004, p.29) afirmam que, grande parte dos programas para gestantes adolescentes “[...] focaliza sua atenção exclusivamente nos períodos de gestação e puerpério imediato, esquecendo que após o parto, ela se torna mãe adolescente, passando a vivenciar uma dupla situação de crise: a adolescência e a maternidade”. O confronto com essa nova realidade pode potencializar o sentimento e/ou a situação de desproteção em que se encontram muitas adolescentes. Neste sentido, é fundamental contar com o apoio profissional e, com os serviços que as amparem diante dessa mais nova realidade.

Este trabalho está organizado, na sequência, em mais quatro seções, que apresentam os seguintes conteúdos:

A seção dois apresenta a gravidez na adolescência, em que é abordado como se categorizou a adolescência no decorrer dos anos até aqui, os direitos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os deveres da família e da sociedade em relação aos adolescentes, os direitos dos(as) adolescentes assegurados na Constituição Federal de 1988, as possíveis situações que propiciam uma gravidez na adolescência segundo alguns estudos abordados, e os serviços oferecidos no atendimento de adolescentes puérperas.

Na seção três aborda a política de proteção social no contexto brasileiro e seus períodos históricos, bem como, a prestação de serviço da rede de proteção social e o atendimento às adolescentes no município de Florianópolis. Discutido em três seções, a primeira sobre a saúde, expondo um breve histórico da política de saúde; na segunda refere-se a educação, que relata sobre o direito a educação conforme o ECA e Leis Federais, assim como, o papel do educador, a importância da educação sexual e a função do Estado para assegurar a educação as adolescentes puérperas; e na terceira seção é tratado sobre a assistência social e sobre os direitos dos(as) adolescentes, apresentando as resoluções legais regulamentadas, conforme a Constituição Federal, assim como, a criação de órgãos para prestar assistências a estas adolescentes.

A seção quatro contempla a Maternidade Carmela Dutra, com sua contextualização, sua caracterização. Como também, abordam-se o serviço social e, sua atuação na maternidade, no tocante ao setor de alojamento conjunto, as

atividades desenvolvidas no estágio de serviço social na unidade com a descrição das respectivas atividades.

A seção cinco apresenta as considerações finais expondo as reflexões sobre o presente trabalho realizado, a gravidez na adolescência

2 A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O termo adolescente surgiu em 1904 a partir do lançamento do livro denominado *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education* do psicólogo americano G. Stanley Hall. Neste sentido, a adolescência é uma criação do século XX e sua necessidade se baseou nas mudanças econômicas, demográficas, políticas e culturais derivadas do processo de modernização e industrialização, como também, a instituição de um sistema escolar obrigatório (HURRELMANN, 1996; LUKER, 1997; ROLAND, 1994 *apud* BORGES, 1999).

Conforme ressalta Freyre (1963), no século XVI e XVII, a elite brasileira expressava extrema apreensão se não conseguisse casar suas filhas com idade entre 12 e 14 anos de idade. Diante desta perspectiva, fica evidente que ao longo da história as mulheres têm seus filhos com base nos papéis sociais exercidos em cada época. Sendo assim, a gravidez na adolescência pode ser classificada como um problema quando se leva em conta o período histórico e a sociedade a qual a mulher está inserida. Entretanto, convém destacar que alguns autores, entre estes Langer (1986) e Ariès (1981), sustentam que, existem divergências sobre uma definição de adolescente antes do século XVIII e XIX, visto que, isto seria um produto da sociedade industrial.

Nesta perspectiva, Salles (2005, p. 35) enfatiza que, “no final do século XVIII e início do XIX, a percepção que até então se tinha da criança foi gradualmente se modificando e a concepção de infância como uma etapa distinta da vida se consolidou na sociedade”. Ariès (1981) acrescenta que, esta percepção é simultânea ao estabelecimento da família nuclear, do estado nação e da nova estruturação do trabalho produtivo.

Outro aspecto levantado por Salles (2005), é que a sociedade industrial é responsável por criar a definição de infância e adolescência, a qual está relacionada às leis trabalhistas e ao sistema educacional, refletindo em jovens submissos aos pais.

Como caracteriza Ariès (1981), aconteceu o reconhecimento da categorização da adolescência, que aflorou com auxílio da escolarização, onde se distingue indivíduos adultos dos indivíduos em formação, com a família de alta classe que divide o núcleo familiar do mundo externo e gradativamente afastando a

criança do mundo do trabalho. Toda essa evolução tornou-se padrão abrangendo toda a sociedade, iniciando com as classes mais ricas e ampliando-se para toda a sociedade.

Ainda nesta mesma linha de pensamento, a adolescência refere-se a,

[um] período de latência social constituída a partir da sociedade capitalista gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e extensão do período escolar, da necessidade do preparo técnico. Essas questões sociais e históricas vão constituindo uma fase de afastamento do trabalho e o preparo para a vida adulta. As marcas do corpo, as possibilidades na relação com os adultos vão sendo pinçadas para a construção das significações (BOCK, 2007, p.68).

Como afirma Silva (2009), a adolescência consiste em um espaço de tempo em que o indivíduo não é mais criança, porém, não pode ser considerado um adulto, que teve sua origem a partir da sociedade industrial pela classe burguesa. Conforme o art. 3º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, relacionada ao Estatuto da Criança e do Adolescente:

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-se-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 (BRASIL, 1990b, n.p).

Enquanto o art. 4º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, ainda do ECA, enfatiza que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990b, n.p).

Convém destacar que, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, art. 227, estabelece que:

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 (BRASIL, 2010a, n.p).

Diante do exposto, se pode perceber que a família tem função fundamental para que aconteça a socialização de seus membros. Como descrito por Miotto (2005, p.128),

[...] a família é uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida. Isto requer compreender os diferentes tipos de famílias, em diferentes espaços de tempo e lugar, pensar a família numa perspectiva de mudança, deixando de lado os modelos convencionais.

Além disso, Miotto (2005, p.87) identifica que,

[...] a família pode ser definida como núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

No entanto, demais grupos, como igreja, escolas, vizinhos, amigos, entre diversos outros meios e órgãos sociais tendem a influenciar e contribuir para a socialização, desenvolvimento da afetividade e bem-estar dos indivíduos. Conforme afirma Rodrigues *et al.* (2017), algumas abordagens teóricas dividem o processo de socialização entre dois grupos principais, a socialização primária em que a família é responsável por este papel, e a socialização secundária que ocorre processo educativos, essencialmente por meio da escola e figura do professor. Porém, existem outras visões que incluem a igreja, o trabalho, os grupos de pares e amigos, e as relações por identidade, como elementos fundamentais ao processo de desenvolvimento da socialização e da afetividade.

No que se refere à família, Oliveira (2018) afirma que é considerada uma instituição responsável por suprir os recursos básicos para o desenvolvimento e inclusão social de seus membros, e quando isso não acontece, conforme as expectativas, é cobrada e questionada pela sociedade.

Diante desta afirmação, percebe-se que a família é vista como responsável pelos adolescentes, e caso a família não satisfaça as suas necessidades, o Estado é

convocado a intervir visando resolver a situação. Amazarray *et al.* (1998, p.3) sustentam que,

Em geral, adolescentes provenientes de famílias disfuncionais, pobres, de pouca instrução e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho, correm um risco maior de engravidar. Ainda, famílias com história de violência, de abuso de drogas e doença crônica de um dos pais podem predispor as adolescentes a uma relação sexual prematura.

A gravidez na adolescência é um fato que não está restrita somente para as camadas menos favorecidas, mas abrange todas as categorias sociais, causando modificações abruptas na estrutura das famílias. É uma problemática a ser refletida e encaminhada a programas e projetos que miram diminuir esse acontecimento, pois é de extrema relevância e muito preocupante (DIAS, TEIXEIRA, 2010).

Como aponta Silva (2009), uma das razões pela qual a gravidez pode acontecer na adolescência não está conectada ao período em que a mesma ocorre, mas, está relacionada às condições que as adolescentes possuem para suprir as suas necessidades, bem como, as necessidades do recém-nascido. O Estado na maioria das vezes não consegue proteger esta adolescente, tendo em vista que o mesmo não é capaz de suprir essa reivindicação crescente e presente. Sendo assim, responsabiliza a família e a sociedade civil por não providenciar recursos suficientes para estas adolescentes.

Outro aspecto levantado por Silva (2009), é que os adolescentes não contribuem diretamente para com o Estado, uma vez que, em virtude da idade, além de outras condições socioeconômicas, a maioria das adolescentes não está vinculada a Previdência Social. Acrescenta-se também que, quando as adolescentes que pertencem às camadas populares, é necessário respostas do Estado para suprir suas necessidades para sua situação socioeconômica e assistência social. Conclui-se então que, não está em questão a idade da adolescente, e sim, ser capaz de suprir suas necessidades e as necessidades do recém-nascido. A adolescente pode não ser beneficiária da previdência social, mas é público-alvo e prioritário da assistência social e saúde. Então, o Estado tem obrigações sim, mesmo que esta “não contribua”. Em conformidade, Fontoura e Pinheiro (2009, p. 125) observam que:

Cabe lembrar que a faixa de idade hoje considerada precoce para a gravidez foi, durante muitas décadas, no Brasil, a mais adequada para se ter filhos. Como os casamentos ocorriam muito cedo e muitas meninas se viam como esposas tão logo se tornavam “moças”, a reprodução num contexto conjugal começava cedo. As diferenças em relação à atualidade estão no caráter majoritariamente “ilegítimo” das gestações nessa idade e no fato de que hoje se espera que as meninas invistam em outros campos da vida durante a adolescência. A “modernização” da sociedade brasileira, a crescente urbanização, a maior disponibilidade de métodos contraceptivos, a expansão da escolaridade e a grande mudança ocorrida em relação a valores culturais são alguns dos fenômenos que podem explicar essas alterações nas expectativas depositadas pela sociedade sobre os jovens.

Segundo Silva (2009), a sociedade não leva em conta os anseios das adolescentes e as diferentes oportunidades que estas têm acesso, apenas espera que as mesmas estudem, trabalhem e se dediquem a outras áreas consideradas como legítimas. Nesta perspectiva, associada aos gastos e investimentos requisitados do Estado, entre outros fatores, fomenta a filosofia de que a gravidez quando acontece na adolescência não é esperada.

No entanto, o Ministério da Saúde (MS), Brasil (2005), destaca como direitos humanos, os direitos sexuais e reprodutivos, reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais, e isso inclui as adolescentes.

Conforme enfatiza Silva (2009), as adolescentes têm direito a informações, meios, métodos e técnicas para conceber ou não seus filhos, e estas escolhas devem ser apreciadas. Assim como, as adolescentes têm o direito escolher livremente e com responsabilidade, se desejam ou não ter filhos, o número de filhos e em qual fase de suas vidas. Porém, as adolescentes não têm proteção ou são respeitadas em suas decisões, pois, não têm assistência do Estado, que por muitas vezes não cumpre direitos essenciais como, alimentação, moradia, saúde, entre outros. Como consequência, podem ocorrer divergências e as adolescentes podem ser discriminadas.

Além disso, como completa Silva (2009), os direitos sexuais garantem que se pode ter relação sexual, para reprodução ou não, como também, direito ao sexo seguro que visa prevenir a gravidez não desejada e proteger-se de doenças sexualmente transmissíveis. Da mesma forma, ter direito a serviços de saúde que assegurem privacidade, sigilo e atendimento sem sofrer discriminação e de qualidade, bem como, direito à educação sexual e reprodutiva e direito à informação.

Para Bobbio, Matteucci e Pasquino (2004, p. 225), conflito é “uma forma de interação entre indivíduos, grupos, organizações e coletividades que implica choques para o acesso à distribuição de bens escassos”.

Como se pode perceber no contexto exposto, em ocasiões em quem a adolescente se origina de camadas populares, o conflito é evidente, pois as adolescentes não têm recursos necessários para assumir com todas as despesas de uma gravidez. Desta forma, recorrem à assistência social e demais políticas públicas para suprir suas necessidades (SILVA, 2009).

Mediante ao exposto, o estudo da rede de proteção social para as adolescentes gestantes e puérperas é de grande relevância, haja vista, a emergência do debate. Como argumentam Santos *et al.* (2017, p. 23),

Os dados demográficos sobre gravidez na adolescência, levantados por órgãos de pesquisa e de gestão das políticas públicas, como também pela academia, apontam que esse fenômeno está relacionado a situações de vulnerabilidade presentes na vida de parte das meninas e de meninos que vivenciam a maternidade e a paternidade.

Tanto no Alojamento Conjunto⁴, quanto no Ambulatório⁵, é comum que durante os atendimentos do Serviço Social, surjam demandas a serem supridas em diversas áreas da vida destas usuárias. Dentre estas, destacam-se aquelas relacionadas à saúde, à educação, e à assistência social, entre outras particulares que se apresentam a cada atendimento. Muitas adolescentes passam pela maternidade e, por conta disso, requerem uma série de serviços que a própria rede oferece, os quais podem ser efetivados mediante o encaminhamento adequado a cada serviço.

Conforme enfatizam Dias e Texeira (2010), atualmente, a gravidez na adolescência é um fato real que desperta a reflexão sobre o tema e a pesquisa para sua compreensão com a finalidade de apontar ações para tratar este evento.

Diante disso, frisa-se que a atuação do serviço social não se resume à orientação e/ou fornecimento de respostas imediatas para fatos, também, contribui para a emancipação dos sujeitos, como bem escreve Martinelli (2011, p. 501), quando afirma que,

4 Segundo Brasil (2016), O Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta.

5 Segundo Brasil (1987), ambulatório é o local onde se presta assistência a clientes, em regime de não internação.

É desse trabalho crítico e competente sob o ponto de vista ético-político que estamos falando, pois se trata de um trabalho que é ético uma vez que se movimenta no campo dos valores, porque parte do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e que é político porque aspira sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a própria comunidade.

Nesse ponto de vista, o Assistente social exerce um papel fundamental neste contexto, haja vista que o profissional de serviço social tem que ser propositivo e não só executivo, tem que conhecer a realidade para poder intervir. Este profissional visa trabalhar de forma a prevenir a gravidez na adolescência, fazendo palestras, atendimentos individuais, domiciliares, acompanhando não só a jovem, mas a sua família inteira para conhecer o que realmente se passa, fazendo encaminhamentos articulando com outras redes.

No sentido mais amplo, os profissionais de serviço social sempre tratarão de questões relacionadas, seja em qual esfera de complexidade, que venham a ter contato com essa mais nova família, adolescente, mãe, recém-nascido. Os profissionais Assistentes Sociais serão requisitados a tratar desta demanda, por isso a importância de estudar a respeito.

3 A POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

O capitalismo originou-se a partir da centralização do capital em uma pequena fração da sociedade e, da existência de uma classe operária que não tinha propriedades. Essa relação generalizou-se pelo mundo a partir do século XVII e XVIII tornando-se um modelo econômico predominante. Como consequência, nos séculos seguintes, fica evidente a centralização de patrimônio e o distanciamento entre as classes e, por consequência, o capitalismo vivencia crises periódicas (SILVA, 2009).

Silva (2009), ainda completa que, a partir do desenvolvimento de forma de produção capitalista, iniciou-se a produção de mercadoria de mais valor incorporado ao valor real da mercadoria. Sendo assim, dá-se a produção coletiva de mercadoria, em que a devido a apropriação privada, acontece uma acentuada divisão da sociedade em classes por consequência das desigualdades geradas. Certamente a desigualdade demanda de respostas e, de acordo, com o governo e reivindicações por parte da camada social oprimida, resulta-se em processos de proteção social em diversos países.

Conforme sustentam Boschetti e Behring (2011), as políticas sociais surgiram de forma gradativa e de modo distinto entre os países, em conformidade com os movimentos da organização e influência da classe operária, de acordo com o nível de evolução das ações produtivas e das interdependências e estruturação de poder na esfera do Estado.

Com relação a política social no Brasil, Boschetti e Behring (2011) relatam que iniciou no século XX, período em que a industrialização e a urbanização começam a ganhar força no país, surgindo assim, a constituição e a estruturação da questão social visando reivindicar uma resposta. Como uma reação a provocação das manifestações relacionadas à questão social, a política social surge. A concepção de questão social está enraizada na contradição capital x trabalho, em outros termos, é uma categoria que tem sua especificidade definida no âmbito do modo capitalista de produção.

A concepção de questão social mais difundida no Serviço Social é a de Carvalho e Yamamoto, (2011, p.77):

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Ainda nesta mesma linha de considerações, Pereira (2008a) menciona que, a trajetória das políticas sociais no Brasil foi intensamente motivada por transformações de caráter político e econômico sucedidas no âmbito internacional, motivando, assim, a criação de um ensaio brasileiro de um sistema de bem-estar periférico, embasada na submissão econômica e ao controle colonialista.

Conforme Brasil (1988, n.p), em seu art. 194, destaca que,

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:
I - universalidade da cobertura e do atendimento;
II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
V - equidade na forma de participação no custeio;
VI - diversidade da base de financiamento;
VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Segundo Reis e Peruzzo (2002, p.5), “A existência de um efetivo sistema de proteção social no Brasil só emerge a partir das transformações políticas e econômicas dos anos 30 e se efetiva nos anos 70”.

Para Draibe (1993) é possível apontar seis grandes áreas que compõem o sistema de proteção social no Brasil: (1) Previdência; (2) Assistência Social e Programas de Alimentação e Nutrição; (3) Saúde; (4) Educação; (5) Habitação e, (6) Trabalho.

Desta forma, Pereira (2008a) classifica a experiência do Brasil na área das políticas de satisfação de necessidades básicas em cinco épocas históricas, as quais são definidas de acordo com o perfil de regulação política, econômica e social predominante. Estas cinco épocas históricas são descritas como: (1) Período anterior a 1930 referente a política social do *Laissez-Faire*; (2) período de 1930 a

1964, o qual era predominante a política social era a populista, com laivos desenvolvimentista; (3) período de 1964 a 1985, relativa a política social do regime tecnocrático-militar com a fase de abertura política; (4) período de 1985 a 1990, referente ao período de política social de transição para a democracia liberal e (5) período a partir dos anos de 1990, que se refere a política social neoliberal. Para melhor compreensão, na sequência estas épocas histórias são descritas.

Conforme descreve Silva (2009), a chegada do novo sistema previdenciário, na época considerado como medicina ainda, assinala a década de 1920. Este sistema tinha como particularidade o atendimento individual com interferências diretas do Estado neste processo, além de beneficiar apenas determinadas categorias profissionais. Este processo que foi regulamentado pela Lei *Eloy Chaves* foi chamado de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs).

Já a década de 1930, intitulada como período populista, as CAPs, integradas aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), com o passar do tempo transformaram-se em organizações com sólido poder econômicos e político. O Estado interventor e as práticas assistenciais demarcam esse período, que por consequência não aconteceram progressos com relação aos direitos sociais neste período (SILVA, 2009).

Freitas (2005) complementa que, na década de 1930, as mudanças econômicas e políticas começam a ficar evidentes. A mudança econômica refere-se às alterações em seu modelo de desenvolvimento, e quanto, a mudança política está relacionada à ascensão de Getúlio Vargas ao poder, como um Estado de natureza populista. Diante deste contexto, as primeiras políticas sociais no Brasil começam a emergir.

Na sequência, conforme Silva (2009), o governo Vargas marcou a década de 1940 criando o Estado Novo, de natureza autoritária. De 1945 a 1950 ocorreu o período conhecido como redemocratização, como o governo Dutra. Porém, o presidente Getúlio Vargas reassume o poder entre 1950 e 1954 mediante eleições diretas. Contudo, de 1950 a 1954 governos provisórios encarregaram-se de comandar o país, até o governo Juscelino Kubitschek assumir com a era desenvolvimentista.

Em 1961 o governo de Jânio Quadros é responsável por reger a nação e o presidente João Goulart assume o poder até 1964. A década de 1960 foi marcada pela aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) com a concepção do

departamento de serviço social, que realizava atendimento técnico da assistência média previdenciária (SILVA, 2009).

Outro aspecto levantado por Silva (2009), diz respeito ao regime militar que foi implantado no Brasil nos anos de 1964 até 1985, que entre os efeitos, marca o contexto político com a regressão no avanço da assistência à saúde do país, unificando ações, inclusive que se unificaram todos os IAPs em um único instituto conhecido como INPS com gestão total do Estado. Dentro do INPS teve um “braço” para tratar das questões de saúde que foi o INAMPS, exemplo de ações que interferiram, visivelmente, no modelo de saúde pública e medicina previdenciária estabelecido no período antecessor. O Sistema de Proteção Social foi gerado nesta época, embora, a concessão de direitos reguladores tenha marcado o momento de unificação de todos os IAPs. Entretanto, o modelo econômico utilizado demonstrou-se ser centralizador e supressor de direitos individuais a partir de 1967. Desta forma, a criação de política social era decorrente do desenvolvimento econômico.

Para Fagnani (2016), o período entre 1964 e 1988 foi denominado como a estratégia conservadora, uma vez que conciliava o crescimento da oferta de bens e serviços com a unificação do processo decisório e com retrocesso dos mecanismos de financiamento, o qual está fundamentado, quase que totalmente, no uso de recursos fiscais.

O período tecnocrático-militar aconteceu entre as décadas de 1970 e 1980, evidenciando uma representação econômica centralizadora e supressora, um modelo de política ditatorial. Neste contexto, a elaboração de política social era consequência do desenvolvimento econômico (SILVA, 2009).

Vale ressaltar que, Pereira (2008a, p. 144), identifica que, “[...] foi nesse contexto que a política social passou a ser estrategicamente intensificada, não como resposta conscienciosa às necessidades sociais, mas como uma via de reaproximação do Estado com a sociedade”.

Durante o governo do presidente Geisel, entre 1980 e 1985, as despesas sociais foram reduzidas devido a fragmentação do empenho no desenvolvimento social, gerando assim, um aumento de pobreza (SILVA, 2009).

Conforme Couto (2010), na gestão do presidente Figueiredo, traços autoritários marcaram a abertura política do governo. No entanto, a pressão popular foi o diferencial para que o congresso votasse o fim do AI-5, assim como da censura prévia e o retorno do *Habeas Corpus* para crimes políticos.

Como descreve Couto (2010, p. 133-134),

[...] O cenário brasileiro da época apresentava os resultados trazidos do período anterior: a ampliação do déficit público, o endividamento externo, a crise fiscal, dada a diferença entre o volume despendido pelo governo com a área social e o volume de arrecadação dos recursos, e a crescente mobilização e reivindicação popular pela democratização da sociedade e pelo atendimento do agravamento da questão social.

O governo Figueiredo também efetivou a Lei da Anistia relacionada aos exilados políticos, visando reconstruir ações essenciais para que a democracia e seus instrumentos reorganizassem a relação entre sociedade e Estado. Porém, este projeto foi aprovado com restrições e parcialmente, devido a presença do autoritarismo. Desta forma, anistiando torturados e torturadores, mantendo sua inegibilidade e a possibilidade de reintegração dos servidores públicos conforme decisão de seus superiores (COUTO, 2010).

Além da criação de novos partidos, vários movimentos sociais liderados por profissionais liberais, entre eles a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), os movimentos da Igreja católica ligados à Teologia da Libertação, representados pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o movimento das donas-de-casa, o movimento contra a Carestia, os comitês pela Anistia, os sindicalistas (principalmente os sindicatos dos metalúrgicos do ABC paulista), os estudantes, por meio da UNE, entre tantos foram responsáveis pelas manifestações que obrigaram o governo militar encaminhar o processo de abertura política (COUTO, 2010).

Em continuidade, o período entre 1985 e 1990, a mudança para a democracia liberal influenciou na política social, o qual foi retratado pela criação de proteção social em que os direitos sociais e as políticas que o efetivam ganharam atenção especial. Com a constituição promulgada em 1988, a assistência social é incluída na constituição pela primeira vez na história do país, resultado da mobilização da sociedade. Como consequência, diversos avanços na área da proteção social ocorreram. Contudo, a aprovação de várias leis foi adiada pelos governos que se sentiram presos a constituição, utilizando-se de medidas provisórias em demasia, as quais teriam que ser empregadas em casos de suma importância e urgência (PEREIRA, 2008a).

Convém destacar, que neste período, mais especificamente em 1987, aconteceu uma contrarreforma conservadora, que foi adotada e apoiada pelos governos seguintes. Destaca-se como particularidades desta contrarreforma, a privatização do patrimônio e serviços públicos, flexibilização do trabalho e da produção e desregulamentação econômica e social (PEREIRA, 2008a). Pereira (2008, p. 159), ainda considera que, foi o período “[...] da história da proteção social brasileira que mais enfaticamente incorporou as determinações externas de mudanças econômicas e políticas”.

Além disso, Fagnani (2017) ressalta que o período entre 1990 e 2014, a proteção social no Brasil começou a sofrer atritos entre o Estado Mínimo e o Estado Social, expondo características em cinco períodos: (1) A Contrarreforma truncada entre 1990 e 1994; (2) A retomada da contrarreforma liberalizante entre 1995 e 2002; (3) O continuísmo econômico e social entre 2003 e 2006; (4) Crescimento e inclusão social entre 2007 e 2010; e (5) O recrudescimento das tensões entre 2011 e 2014.

Para Cardoso Junior e Jaccoud (2005), a política social do Brasil nos governos de Fernando Henrique Cardoso pode ser avaliada por meio do Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS), que agrega por semelhança de várias políticas sociais, conforme sua natureza de origem e motivações. De acordo com essa metodologia, as políticas podem ser reclassificadas à medida que mudam de status, e podem ser agrupadas em três eixos: (1) Trabalho e Emprego (sistema previdenciário, políticas de amparo ao trabalho, políticas de organização agrária e fundiária); (2) Assistência Social e Combate à pobreza; (3) Direitos incondicionais de cidadania social e infraestrutura social.

O cenário de ajuste fiscal adotado desde o governo Fernando Henrique Cardoso, e que permaneceu durante o governo Luís Inácio Lula da Silva de 2003 a 2010, teve como resultado determinar as políticas sociais com foco em políticas sociais para as classes mais pobres e necessitadas, com a criação de complementação de renda (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007). Ainda conforme Druck e Figueiras (2007, p. 29), “[...] esse casamento de políticas econômicas ortodoxas e políticas focalizadas de combate a pobreza, veio acompanhado da redução relativa das já limitadas políticas universais”.

Algumas mudanças importantes durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva, como a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

(MDS), que se tornou responsável por conduzir programas sociais do governo e a centralização de programas de transferência direta de renda, com condicionalidades, originando o Programa Bolsa Família (IPEA, 2004).

Para Druck e Filgueiras (2007), a política de assistência social foi reestruturada com base na nova Política Nacional de Assistência Social (2004), implantação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em 2005 e criação do MDS. Segundo Viana (2014), Os gastos do ministério recém-formado, MDS, com assistência social foram importantes para o Programa Bolsa Família, que dobrou seus recursos de 9,9% para 18,3% do orçamento, passando de um total de R\$ 3,3 bilhões em 2003 para R\$ 6,4 bilhões em 2005. Tendo a previsão de chegar a R\$ 8 bilhões em 2006 e 2007.

O governo Dilma, que iniciou em 2011, deu continuidade às ações restritivas iniciadas no final do governo Lula:

[...] Após os estímulos adotados em 2009 e 2010, foi necessário retomar uma política macroeconômica menos expansionista sem, contudo, abandonar as conquistas sociais do passado. Nesse sentido, o esforço de elevação no resultado primário foi acompanhado da manutenção da política de elevação do salário-mínimo e de expansão da rede de proteção social e combate a pobreza. A contenção do crescimento dos gastos públicos se concentrou no custeio e no funcionalismo e, em 2011, o governo também empreendeu uma reestruturação no planejamento e execução de seus investimentos em infraestrutura, o que provocou uma redução temporária nos desembolsos desses programas (BARBOSA, 2013, p. 85).

Cabe destacar que, o fornecimento da proteção social não é garantido vezes pelo Estado e nem pelas redes de solidariedade estruturadas no interior da sociedade, a atenção estará focada para a família como uma fonte natural de solidariedade. Diante desta perspectiva, a intenção é diminuir a dependência da família dos serviços públicos de bem-estar, com o propósito de que a família tenha o máximo de autonomia para prover ao máximo o bem-estar aos seus familiares, sem suporte do Estado (MARTIN, 1995). A proteção social acaba se tornando insuficiente e familistas porque “jogam” muitas responsabilidades para as famílias.

Para Druck e Filgueiras (2007), a Bolsa Família tem uma política assistencialista clientelista. Porém, do ponto de vista político manipulava o público alvo como “[...] uma massa de miseráveis desorganizada e sem experiência associativa e de luta por seus direitos” (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007, p. 31). Como complementam os referidos autores, os investimentos limitados em políticas sociais

universais atingem uma parcela dos brasileiros pobres, que se encontram acima da linha de pobreza determinadas pelo governo e não beneficiários dos programas direcionados do governo.

Ainda com relação ao governo Dilma, Forte e French (2010), afirmam que a presidenta Dilma Rousseff empregou com *slogan* de governo a seguinte frase: “País rico é país sem pobreza” e em maio de 2011, lançou o Plano Nacional para Erradicação da Pobreza Extrema, cujo objetivo era dar condições para que as 16 milhões de pessoas que ainda viviam em situação de pobreza pudessem superá-la.

Segundo Barbosa (2013), o governo Dilma ampliou o combate à pobreza o aumento do valor das transferências de renda para famílias com crianças e adolescentes e iniciou um programa de incentivo ao ensino técnico e a qualificação da mão de obra, o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), que visava à ampliação de bolsas de estudo e auxílio financeiro aos estudante.

De acordo com IPEA (2012), o crescimento de 9,3% em relação a 2010 foi responsável pelo pagamento de benefícios socioassistenciais, principalmente, o Bolsa Família. Contudo, os gastos com serviços socioassistenciais sofreram reduções, entre estes o PROJOVEM e o PETI.

Segundo Cohn (2020), após a cassação do mandato da presidente Dilma Rousseff, os projetos de inclusão social e de política de combate à fome que estavam sendo desenvolvidos desde 2002 foram interrompidas e como consequência o Brasil saiu do Mapa da Fome, na declaração como livre de poliomielite e outra do sarampo.

Ainda conforme enfatiza Cohn (2020), o período de 2016 a 2018 não pode ser descrito, uma vez que aconteceu a destruição do arcabouço da rede de proteção social no Brasil. Exemplo disto é a EC95/2016 que estipula o teto de crescimento das despesas na área social vinculado à inflação, do aumento do percentual da Desvinculação de Receitas da União (DRU) de 20% para 30%, da reforma trabalhista, e da ameaça da reforma previdenciária que ocorreu em 2019.

Além disso, a partir de 2019 começa um processo de destruição do arcabouço social da rede de proteção social. Não somente em direitos relacionados a terra e ao meio ambiente, dos direitos dos trabalhadores rurais, indígenas, dos direitos dos negros e dos LBGTQI+, mas de todos os direitos que não respondem à

bíblia dos novos donos do poder. A destruição da rede de proteção social e dos direitos essenciais dos cidadãos representa a quebra de direitos a partir da constituição de 1988 implicando na interrupção de pactos de solidariedade social e ciclo de cidadania social, ou seja, no período em que se inicia o governo Bolsonaro, a destruição de toda e qualquer política de proteção social do país se inicia (COHN, 2020).

Como faz notar, na Constituição Federal de 1988, menciona-se no capítulo II, art. 6, “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2016, n.p).

E ainda conforme, o art. 194: “A seguridade social compreende um conjunto integradas de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, n.p).

3.1 SAÚDE: NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

Conforme relatado, as políticas de proteção social passaram por desestruturação devido às ações do Estado, resultando em políticas sociais cada vez mais centralizadas, focalizadas e afastando-se de direitos universais. Mesmo que, algumas iniciativas de governos mais recentes tenham criado programas de amparo às classes mais necessitadas, a assistência por parte do Estado ainda está muito além do que realmente é essencial para o bem-estar dos cidadãos. Com relação à saúde, mesmo com as reivindicações da sociedade para assegurar o direito a saúde, ainda é essencial um maior esforço por parte do governo para garantir a assistência á saúde a todos os cidadãos.

Para Paim e Teixeira (2006, p. 74),

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*).

Durante a sociedade capitalista surgiu o acesso a ações e serviços de saúde de uma parte da sociedade de um país. Diferente do regime anterior em que, a aristocracia e a população de alta classe recebiam cuidados de médicos particulares, enquanto a população em geral, basicamente formada pela classe rural, recebiam os cuidados resultantes do conhecimento acumulado pela comunidade local e, os mais pobres recebiam cuidados de organizações religiosas católicas em hospitais (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

Como acrescenta Silva (2009), diante do contexto do sistema capitalista, em que a sociedade começa a organizar-se e, como resultado tem-se uma minoria proprietária dos meios de produção, os quais retém o capital causando danos a uma grande parcela da sociedade, que mesmo em número maior, não se apresentavam como classe dominante. Então, a partir das novas sentenças da questão social, derivadas da exploração da classe operária, a definição de saúde predominante decorre daquela que percebe a doença como um indicativo de conflito, diferente do pensamento do capitalismo dominante que se baseava no aumento da força de trabalho.

Isto vem de encontro com Rezende (1989, p.69) identificando que a saúde apresenta um novo significado, visando,

[...] a manutenção da população sadia e produtiva, a reparação rápida do dano a fim de diminuir a inatividade, para recolocar o homem em condições de trabalho [...]. As práticas de saúde absorvem a ideologia dominante e estavam dirigidas no sentido da manutenção/elevação da força de trabalho. O exercício dessas práticas, com esse objetivo, por outro lado, legitimava a hegemonia de classe e as relações de dominação.

Para Cielo, Schmidt e Wenningkamp (2015) as principais características do Brasil a partir de 1920 estavam embasadas no caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário, as políticas públicas concentravam-se para a promoção do crescimento econômico, agilizando o processo de industrialização sem a preocupação com o bem-estar da população. Diante deste cenário, o progresso histórico das políticas de saúde associa-se diretamente ao progresso político-social e econômico da população brasileira. Sendo assim, respeitando a perspectiva da evolução do capitalismo e, em função disso, ser motivada por todo o cenário político-social o qual o Brasil transitou no decorrer do tempo.

Paulus e Cordoni (2006) e Menicucci (2014) complementam que após 1920, com a origem da previdência social no Brasil, que estabeleceram em 1923 as Caixas de Aposentadorias e Pensões, associadas as empresas e em seguida, em 1933, aos Institutos de Aposentadorias de Pensões (responsáveis por proporcionar assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões), instaura-se no Brasil um modelo de assistência à saúde de proteção social aos trabalhadores assalariados, de natureza produtivista com a assistência médica fornecida de acordo com os vínculos trabalhistas e os direitos estavam vinculados à contribuição na previdência.

Segundo Paulus Junior e Cordoni Junior (2006), posteriormente a segunda guerra mundial, o Estado começou a intervir na área da saúde, subsidiando, ainda que de modo inconstante, a assistência à saúde para a população. Durante a segunda guerra mundial, a política de saúde era baseada em práticas de saúde pública, concentradas, principalmente, na geração de condições mínimas especialmente para as populações urbanas, porém, restringindo os moradores da área rural. Esta forma de saúde pública, que prevaleceu até metade de 1960, não foi eficaz, e sendo assim, não conseguiu extinguir o cenário de doenças infecciosas e parasitárias, e também, diminuir as taxas de morbidade e mortalidade infantil e adulta (que eram altas na época). Deste modo, este modelo foi gradualmente substituído pela medicina previdenciária.

Como acrescenta Silva (2009), no período pós Segunda Guerra Mundial destaca-se a Declaração dos Direitos dos Homens, o qual exhibe que a saúde como um direito intransferível de todos os cidadãos. Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que ter saúde não é somente a ausência de doença, e sim, uma condição de bem-estar, segurança e higiene.

Como argumentam Salvador, Terra e Arêas (2015), no Brasil a história de construção da política de saúde está relacionada a inúmeras disputas de projetos contraditórios na área. Projetos estes que, em alguns momentos eram embasados em ações privadas e, em outros momentos fundamentados na participação do Estado para sua concretização.

Reis, Araújo e Cecílio (2006) apresentam um conjunto de dados que representam a linha do tempo relacionados a política pública de saúde brasileira, evidenciando os marcos para construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que englobam um período de 1923 até 2002, conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Linha do tempo relacionada à política pública de saúde

| ANO | ACONTECIMENTOS |
|------|--|
| 1923 | A lei <i>Eloy Chaves</i> cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). A lei confere estatuto legal para iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores de fábricas para garantir pensões em casos de acidentes ou afastamento por doença e posterior aposentadoria. |
| 1932 | Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no novo governo de Getúlio Vargas. Estes institutos são resposta do Estado as lutas e reivindicações dos trabalhadores. Assistência médica começa a ficar mais evidente em parte dos serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado. |
| 1965 | Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da unificação dos IAPs durante o regime autoritário de 1964. O INPS estabelece o componente assistencial com a concretização do modelo de assistência hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado. |
| 1977 | Criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e dentro dele o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que consiste, na época, o grande órgão governamental que prestava assistência médica, que durou até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| 1982 | Implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que enfatizava a atenção primária, tendo a rede ambulatorial como ingresso do sistema. Possibilitando convênios trilaterais entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretária de Estado de Saúde com a finalidade de racionalizar recursos com uso da capacidade pública ociosa. |
| 1986 | Realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com forte participação social que ocorreu logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964. Confirmou o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, os quais seriam inclusos na Constituição de 1988. |
| 1987 | Criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. O governo começou a repassar recursos para estados e municípios para ampliação das redes de serviços. O SUDS era o antecedente mais imediato da criação do SUS. |
| 1988 | Aprovação da “Constituição Cidadã”, que estipula a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”. Apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médica-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada” (BRASIL, 1988). |
| 1990 | Criação do SUS por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Em seguida, em 28 de dezembro de 1990, a Lei nº 8.142, expõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros intergovernamentais. São instituídos os Conselhos de Saúde e legitimidade aos organismos de representação de governo estaduais, Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e municipais, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 1990). |
| 1991 | Criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém criado SUS. |

| | |
|------|--|
| 1993 | Publicação da NOB-SUS 93 com propósito de restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização. Define, também, os diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde e consagração dos organismos colegiados com alto grau de autonomia: as comissões intergestoras, Tripartite e Bipartite (BRASIL, 1993). |
| 1996 | Edição da NOB 96 consistiu na aproximação para proposta de um novo modelo de atenção. Definido como um modelo de gestão das esferas descentralizadas, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas para populações mais pobres, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e as novas práticas assistenciais, como o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1996). |
| 2002 | Edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, com ênfase na regionalização do SUS. Desta forma, o pacto pela vida tem sua força em um novo ordenamento dos processos de regionalização (BRASIL, 2002). |

Fonte: Adaptado de REIS; ARAÚJO; CECÍLIO (2006).

Vale destacar que, com a criação do SUS, como descrito na Constituição Federal de 1988, é estabelecida a proposta de Seguridade Social composta pelo tripé: (1) Assistência Social; (2) Saúde e, (3) Previdência Social, que foram regulamentados, em particular a política de saúde, por meio da Lei Orgânica de Saúde (LOAS), Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1992 (SILVA, 2009).

Porém, conforme menciona Silva (2009), o processo de implementação da seguridade social no Brasil é marcado, quase que instantaneamente, como um ambiente de conflitos, devido aos interesses do setor público e do setor privado. No entanto, mesmo após a Constituição Federal de 1988, o sistema não se revela mais democrático, uma vez que o poder de decisão e participação na política não competia aos indivíduos que fazem parte da sociedade.

Bobbio, Matteucci e Pasquino (2004) argumentam que, a política de saúde no contexto da política social, conceitua-se como um agrupamento de disposições, normas e processos que refletem a direção política do Estado, assim como, conduzem as ações governamentais relativas aos serviços de interesse público. Enquanto na visão de Lucchese (2004), a política de saúde refere-se a todas as ações de governo, abrangendo as ações diretas de produção de serviço derivadas do Estado e as ações de normalização de demais agentes econômicos.

Como descrito na Constituição Federal de 1988, no art. 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2017, n.p).

Ainda nesta mesma linha de considerações, a política de saúde, no cenário dos anos 1990, pode apresentar circunstâncias distintas, como identificam Bravo e Pereira (2002, p. 197),

Apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde/Leis 8.080/90 e 8.142/90), a política de saúde no Brasil, na década de 90, passa por momentos distintos em relação à reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatizações visando consolidar a contra-reforma na saúde.

Com relação à saúde das adolescentes do município de Florianópolis, estas são amparadas, desde seu período gestacional até o puerpério, pela rede municipal de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como também, por clínicas privadas, em casos que as mesmas possuem recursos para dispor destes serviços. Nestes ambientes de atendimento, as adolescentes observam o desenvolvimento do bebê por meio de consultas de pré-natal, bem como, são orientadas pela equipe multiprofissional sobre os cuidados durante o período gestacional e o período pós-gestacional, além de obter atendimento médico, psicológico e assistencial, de acordo com a necessidade de cada adolescente (SILVA, 2009).

O Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Humanização no Pré Natal e no nascimento, através da portaria nº 569/GM, de 01 de junho de 2000. Neste, estabelece os princípios e diretrizes para adequada construção do programa que determinam os direitos da gestante, tais como, algum relevante e fundamental para conhecimento, destaca: acompanhamento pré-natal, escolha de maternidade onde ser atendida no parto, atendimento humanizado no parto, puerpério além de adequada assistência neonatal ao recém-nascido. O MS nessa portaria, ainda estabelece que é de responsabilidade de autoridades sanitárias no âmbito municipal, estadual e federal garantir estes direitos firmados, tomando como maior objetivo oferecer um atendimento digno de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2000).

É importante destacar que é direito da mulher em seu período gestacional, ter a assistência de qualidade, um direito que toda gestante adquire a partir do momento em que engravida. Por isso é um dever do município dispor de serviços de

saúde que proporcionem a assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal, devidamente organizados (BRASIL, 2010).

Chegado o momento do parto a gestante é encaminhada para uma das maternidades do município para o nascimento do bebê, como destacado, é de direito da gestante a escolha da instituição. Mas, se leva em conta que irá ao município depender da localização onde reside e disponibilidade de vaga em instituição escolhida. No município de Florianópolis dispõe-se além da Maternidade Carmela Dutra (MCD), o Hospital Universitário (HU) que integra rede pública de saúde no atendimento as gestantes em serviços de referência como maternidade.

Os profissionais de saúde têm conhecimento sobre a gestação, assim como, quais orientações a adolescente recebeu durante o período de gestação, por meio do cartão de acompanhamento do pré-natal que foi realizado em uma unidade de saúde de referência ou em uma clínica privada. Refere-se ao puerpério, onde o recém-nascido terá assistência do Programa Capital Criança⁶, e a mãe será orientada por profissionais sobre a vacinação, bem como, sobre as suas consultas e as consultas do bebê, pós-alta hospitalar, como também, será agendada a primeira consulta dentro de poucos dias após o nascimento do bebê (SILVA, 2009).

Silva (2009), ainda completa que, o controle social das mães é feito pelas agentes de saúde, as quais efetivam buscas ativas quando estas mães não comparecem às consultas agendadas para o bebê, visando averiguar quais os motivos para não compareceram a consulta, e em seguida estas mães são conduzidas para a Unidade de Saúde de Referência. Vale observar que, as equipes de saúde são modificadas conforme a Unidade Básica ou a Centro de Saúde. Acrescenta-se também, as gestantes são identificadas por agentes em suas áreas de atuação e efetuam o encaminhamento para a rede básica, do mesmo modo, atuam com as mulheres puérperas, as quais logo que saem da maternidade já

⁶ O Capital Criança é um programa da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que visa a atenção integral à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e à criança. O Programa é uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social. É desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal, em articulação com as demais instituições que prestam atendimento, nos seus diferentes níveis de complexidade, à mulher no processo gravídico-puerperal e à criança de zero a nove anos de idade. O Programa busca a reformulação da atenção, principalmente através do monitoramento dos nascimentos e priorização do atendimento de gestantes, puérperas e crianças de zero a nove anos. A atenção integral à criança e o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a população (COELHO, 2004).

possuem os devidos encaminhamentos iniciais processados pela própria equipe da maternidade, o que pode incluir encaminhamentos realizados pelo setor de serviço social.

Na maternidade Carmela Dutra, as adolescentes são atendidas pela equipe multiprofissional, e o serviço social, após identificar a rede de proteção social da adolescente realiza os devidos encaminhamentos para os serviços necessários e disponíveis. Mais além serão abordados os relatos de experiência nestes atendimentos e os serviços realizados pela assistente social, mais especificamente, no setor de alojamento conjunto da maternidade para ficar mais explícita esta relação de atendimento do profissional Assistente Social.

3.2 EDUCAÇÃO: NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

A gravidez precoce, a desinformação sobre a sexualidade e o despreparo das adolescentes é em parte a razão da evasão escolar. obviamente não a uma relação direta no que diz respeito a questões sexuais e escolares, mas o que acaba por meio se firmar meio a viés de estudos que: Estudos demonstram que, existe uma diversidade de outros fatores associados à gravidez na adolescência, tais como, fatores individuais, familiares e extra-familiares, nestes últimos pode incluir-se a escola.

De acordo com o art. 205 da Constituição Federal do Brasil de 1988, a educação no Brasil é um direito constitucional:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988, n.p).

Conforme Brasil (1990), a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, institui o Estatuto da Criança e do Adolescente, que garante às crianças e aos adolescentes o reconhecimento de sujeitos de direitos e indivíduos em fase de desenvolvimento, como relatado em seu “Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho [...]” (BRASIL, 1990, n.p).

A Lei Federal nº 6.202, de 17 de abril de 1975, em seus artigos. 1º e 2º, ampara a adolescente estudante e gestante regulamentando o período de afastamento a que a adolescente tem direito:

Art. 1º A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituídos pelo Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969. Parágrafo único. O início e o fim do período em que é permitido o afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

Art. 2º Em casos excepcionais devidamente comprovados mediante atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, antes e depois do parto. Parágrafo único. Em qualquer caso, é assegurado às estudantes em estado de gravidez o direito à prestação dos exames finais (BRASIL, 1975, n.p).

As adolescentes gestantes, de acordo com o Decreto Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969, podem ser compensadas por suas ausências escolares utilizando-se do regime de exercícios domiciliares, Brasil (1969, n.p):

Art 2º Atribuir a esses estudantes, como compensação da ausência às aulas, exercício domiciliares com acompanhamento da escola, sempre que compatíveis com o seu estado de saúde e as possibilidades do estabelecimento.

Taveira, Santos e Araújo (2012) consideram que a gravidez na adolescência consiste em uma condição de fragilidade que podem gerar uma consequência com certa intensidade na vida das adolescentes. Neste sentido, pode influenciar tanto a saúde e performance escolar, como também, as chances de formação para o trabalho das adolescentes.

Como enfatiza Silva (2009), a partir do 8º mês de gestação, a adolescente gestante e estudante tem o benefício de distanciar-se das aulas e realizar exercícios domiciliares, evitando, assim, que a adolescente perca o ano ou semestre letivos. A partir deste direito, a escola deve orientar a adolescente e, também por outros meios, que para este direito seja concretizado, pois muitas vezes as adolescentes gestantes ficam afastadas da escola durante o período de gestação, simplesmente por não conhecerem seus direitos adquiridos por lei.

Com relação ao período de puerpério das adolescentes, conforme a legislação educacional é de 90 dias (SILVA, 2009). Enquanto a licença maternidade para a mulher que contribui com INSS, de acordo com o Decreto Lei nº 5.452, de 1º

de maio de 1943 (BRASIL, 1943), e Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) é de 120 dias.

Conforme o projeto Lei nº 2.350, de 2015, em seu art. 1º, busca-se a alteração na Lei federal nº 6.202, de 17 de abril de 1975:

A partir do oitavo mês de gestação e até seis meses após o nascimento da criança, a estudante, de qualquer nível ou modalidade de ensino, em estado de gravidez, puerpério ou lactação em livre demanda, fica assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituídos pelo Decreto-lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969 (BRASIL, 2015, n.p),

Outro fato existente, como identifica Silva (2009), é que a escola, em seu papel de educador, tem por obrigação tratar sobre o tema sexualidade, gravidez e planejamento, em seu programa de ensino, de modo a falar sobre a sexualidade de uma forma mais natural e com responsabilidade, uma vez que, a prevenção consiste, ainda, na forma mais apropriada para evitar uma gravidez indesejada.

Este aspecto também é levantado por Ew *et al.* (2017), que enfatiza que a educação sexual pode ser vista como um recurso para evoluir o conhecimento, desenvolver técnicas de prevenção e reduzir os números referentes a gravidez precoce no Brasil. A informação repassada ao aluno no ambiente escolar tem maiores chances de ser absorvida e gerar a noção sobre o que se deve levar em consideração ou não, quando as informações são adquiridas fora da escola. Assim como, ainda não está muito claro para os jovens, os riscos e as consequências de uma gravidez precoce.

Como descrito por Moraes (2019), a educação sexual é uma sentença empregada para descrever o meio que busca possibilitar o conhecimento e esclarecer sobre questões relativas à sexualidade. Esta forma de educação sobre sexualidade é importante, pois está interligada a prevenção de inúmeras situações indesejadas, principalmente, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), em especial, a gravidez na adolescência. Para Nunes e Silva (2001, p.13) a educação sexual pode ser conceituada como sendo,

[...] o conjunto de informações, práticas, valores, habilidades, significações e expressões da sexualidade em sociedade. Assim, todas as pessoas recebem uma forma de Educação Sexual. Quando recebemos aquela Educação Sexual tradicional, isto é, voltada para a compreensão, assimilação, significação e vivência da sexualidade de maneira conservadora, compreendida a partir dos papéis tradicionais, estamos sendo formados e educados para um tipo de ação sobre nosso corpo, desejo e Sexualidade. Trata-se da Educação Sexual tradicional, marcada pelas características do medo, vergonha, repressão ou preconceitos. E quando buscamos novas formas de conceber a sexualidade, de uma maneira científica, humanista e significativa subjetivamente, estamos propondo uma nova educação sexual, a Educação Sexual. Emancipatória quer dizer aquela que produz a emancipação, autonomia, responsabilidade afetiva e social, aquela educação sexual que se baseia em elementos da ciência, que respeita homens e mulheres como iguais, que propõe práticas sociais de solidariedade, afetividade e convivência entre os sexos, em todas as fases e idades da existência.

Na opinião de Silva (2009), a educação sexual realizada de maneira emancipadora, pode ser capaz de ser uma forma de auxiliar uma escolha responsável das adolescentes, e como resultado, a gravidez ocorre somente quando desejada. A educação sexual habitual não consegue emancipar os cidadãos, uma vez que, esta não é a finalidade da mesma. São necessários investimentos por parte do governo, visando qualificar os professores sobre este tema, para possibilitar uma educação sexual emancipadora, sem preconceitos e tabus, e que seja realmente efetiva.

No que diz respeito à educação sexual, com foco no planejamento familiar, a emenda constitucional nº 88 da Constituição Federal de 1988, Art. 226, menciona que “[...] a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (BRASIL, 2015, n.p).

Além disso, no inciso 7º, pode-se perceber que,

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 2015, n.p).

Como complementa Silva (2009), o Estado é responsável por assegurar o direito ao planejamento familiar, por meio da designação de recursos em que os adolescentes terão acesso a informações para que estes tenham conhecimentos de seus direitos sexuais e reprodutivos. Desta forma, os adolescentes podem tomar a decisão de ter filhos ou não, ou escolher em não ter filhos na adolescência, evitando

uma gravidez indesejada, por meio de métodos de prevenção, assim como, para que as adolescentes gestantes e puérperas previnam uma nova gestação. Desta forma, a educação e acesso às informações, que devem ser asseguradas pelo governo, auxilia para que as adolescentes decidam de forma consciente o momento mais adequado para gerar um filho.

3.3 ASSISTÊNCIA SOCIAL: NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

A política de assistência social tem seu legado histórico direcionado à prestação de assistência e humanitário, que a partir da Constituição Federal de 1988 passa a ser considerado um direito social. (CARDOSO; TEIXEIRA, 2014). Como acrescenta Brasil (2005), nesta política de assistência social, a família é determinada em suas legislações e programas, sobretudo, na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a qual tem como preceito a matricialidade sociofamiliar, que consiste em focar na família, além de estimar que a família possa prevenir, amparar, favorecer e incorporar seus integrantes, porém necessita de formas para efetivar estas funções.

Como sustenta Brasil (2005), as resoluções legais referentes à regulamentação da política pública de assistência social, no período compreendido entre 1993 e 2003, estão instituídas em três documentos principais: (1) a Lei Orgânica da Assistência Social, Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993; (2) o primeiro texto da Política Nacional de Assistência Social, de 1998; (3) as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1997 e 1998. No entanto, a atual Norma Operacional Básica (2005) continua com os preceitos das normas operacionais de 1997 e 1998, e representa o mais novo documento de regulação dos conteúdos e estabelecimentos da Política Nacional da Assistência Social de 2004, que definem o funcionamento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O SUAS foi efetivado em setembro de 2004 após um processo motivado pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), em todo o país.

Conforme Brasil (2005, p.16),

A assistência social, assim como a saúde, é direito do cidadão que independe de sua contribuição prévia e deve ser provido pela contribuição de toda a sociedade. Ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, monitorar populações em risco e prevenir a incidência de agravos à vida face às situações de vulnerabilidade.

As funções da assistência social, conforme Brasil (2005, p. 16) abrange: “a proteção social hierarquizada entre proteção básica e proteção especial; a vigilância social; e a defesa dos direitos socioassistenciais”.

Para Brasil (2005, p. 15), “A Assistência Social como política de proteção social configura-se como uma nova situação para o Brasil. Ela significa garantir a todos, que dela necessitam, e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção”.

Segundo Simões (2010), os art. 203 e 204 da Constituição Federal de 1988 estabeleceram a Assistência Social, que foi regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, que ofereceram três disposições deliberativas de sua eficácia: (1) a criação da Política de Assistência Social; (2) sua concretização em um Plano de Assistência Social e; (3) sua realização mediante um Fundo de Assistência Social. O conceito de assistência social, conforme o art. 1º da LOAS, retrata que,

A Assistência Social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizadas através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 1993, n.p).

A assistência social como política pública tem como propósito assegurar aos cidadãos excluídos e aqueles que necessitam da mesma, o acesso a bens e serviços tal qual um direito social. Assim como, propõe a expansão e integração da sociedade civil no âmbito estatal, do modo estruturado, na determinação de fiscalização e efetivação de políticas públicas (RAICHELIS, 2011).

Como descreve Brasil (2005), a política pública de assistência social processa-se de modo incorporado às políticas setoriais, levando em consideração as desigualdades socioterritoriais e seu confronto para assegurar os mínimos sociais, gerar condições para amparar as contingências sociais e propagação dos direitos sociais, e tem como objetivos:

- Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem.
- Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural.
- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2005, p.33).

Como enfatiza Brasil (2005), a proteção social básica tem por finalidade antecipar contextos de risco mediante o desenvolvimento de competências e aquisições, bem como, a consolidação de conexões familiares e comunitárias. É designada à população que está em circunstâncias de vulnerabilidade social resultante da pobreza, privação e/ou fragilizada de vínculos afetivos, seja de relacionamentos ou referentes ao ambiente social.

Para Brasil (2005), os serviços de proteção social básica são realizados diretamente nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), e também, em outras unidades básicas e públicas de assistência social, assim como, de forma indireta por unidades e organizações de assistência social no âmbito de alcance do CRAS. Como conceitua Brasil (2005), o CRAS consiste em uma unidade pública estatal a nível nacional, em que efetiva os serviços de proteção social básica, que organiza e administra a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social.

Silveira (2017) acrescenta que, as convicções e normas que regem as políticas públicas de proteção social necessitam de fortalecimento de recursos e processos democráticos, que são construídos a partir da colaboração entre entidades aliadas, com as evoluções legislativas e regulatórias que aprovelem condições institucionais e políticas para assegurar a execução dos direitos.

Outro aspecto levantado por Silveira (2017), diz respeito à segunda etapa de desenvolvimento e propriedade do SUAS que se dá com a aprovação do NOB de 2012, instrumento regulatório que substitui a NOB/SUAS de 2005, e que, também, integra um conjunto de recursos regulamentário que especificam a LOAS, reestruturada com a Lei nº 12.432/11.

Bazza e Carvalho (2013, p.153) enfatizam que, “A proteção social básica busca assegurar aos sujeitos sociais e, propiciar condições fundamentais para que possam desenvolver suas potencialidades, na superação da situação de vulnerabilidade social”.

Conforme o art. 6, da emenda constitucional nº 95, da Constituição Federal, “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2016, n.p).

De acordo com Brasil (1988, n.p), a Constituição Federal de 1988, em seu art. 203, relata que, “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, [...]”, e tem entre seus objetivos, “I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; [...]”.

Conforme a IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2003 em Brasília – DF, na área da Assistência Social, como operacionalização da LOAS, que proporciona o sistema descentralizado, participativo, o qual com sua regulamentação em todo território brasileiro, foi estabelecido o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2005). De acordo com o conceito e base de organização do SUAS, pode-se perceber que,

O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, cofinanciamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil, e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação (BRASIL, 2005, n.p).

Como acrescenta Silva (2009), este modelo de gestão subentende competências e responsabilidades nas camadas do governo (municipal, estadual e federal), e tem um método distinto de desenvolvimento de práticas, supondo o estabelecimento de níveis de complexidade do sistema, que se encontra distribuído em Proteção Social Básica e Proteção Social Individual de Média e Alta Complexidade, levando-se em consideração as características das regiões e com foco na família.

Para Silva (2009, p. 39), a proteção social básica, “Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização

de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada”.

A proteção Social Básica nos municípios é representada pela presença dos Centros de Referência da Assistência Social. O CRAS configura-se em unidade públicas estatais de base territorial, que estão localizadas em áreas de maior fragilidade social. O CRAS possui equipes de referência que realizam os serviços de proteção social básica, estruturam e gerenciam a rede prestadora de serviços socioassistenciais locais do SUAS (SILVA, 2009). Segundo Simões (2010, p, 328) o CRAS produz,

Atividade prioritariamente voltada para as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família idosos (Centro de Convivência para Idosos – CCI) e pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC. Articula-se com o Centro de Informações e Educação para o trabalho (jovens e adultos), promove economia solidária, presta serviços de brincar na família para crianças até seis anos de idade, integração familiar de seis a quatorze anos, PAIF, PBF, - Piso Básico Fixo, Renda Cidadã, Ação Jovem e programa Projovem.

Com relação ao CRAS, este se constitui em uma unidade pública de política de assistência social, de base municipal, associado ao SUAS, que vulnerabilidade tem por finalidade prestar serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica destinado a indivíduos e famílias. Ressalta-se que determinadas ações de proteção devem ser desenvolvidas exclusivamente no CRAS, por exemplo, o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), enquanto outras podem ser desenvolvidas fora do espaço do CRAS, desde que sejam creditadas ao CRAS (SILVA, 2009).

Vale destacar que, conforme identifica Silva (2009), o CRAS possui uma equipe de colaboradores da política de assistência social encarregados pela implementação do PAIF, que são intitulados equipe de referência do CRAS, e sua formação, regulamentada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS).

No que diz respeito à Proteção Social Individual de Média e Alta complexidade, como descreve Silva (2009), esta é direcionada as famílias e cidadãos que está em situação de ameaça pessoal e social, decorrente de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, violência sexual, uso de substâncias psicoativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outros casos de violação dos direitos. Já os serviços de proteção especial conexão com o sistema

que assegura o direito, que em grande parte, necessita de um gerenciamento mais difícil e com a participação do Poder Judiciário, o Ministério Público e outras instituições e ações do Poder Executivo. A classificação destes serviços pode ser disposta com base local, nos municípios com mais ocorrências de descumprimento dos direitos, bem como, através de serviços de referência regional que é administrado e efetuado pelos estados e, por fim, por meio de consórcios públicos entre os municípios.

Além disso, como complementa Silva (2009), existem dois níveis de complexidade para a proteção social especial: (1) média complexidade que se referem aos serviços oferecidos aos indivíduos e famílias em que seus direitos foram violados, mas os laços familiares e comunitários não foram desfeitos. Este nível de complexidade é coordenado nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), os quais são unidades públicas estatais que são oferecidos serviços socioassistenciais que necessitam de orientação individual e recursos protetivos mais flexíveis; (2) Com relação aos serviços de proteção social especial de alta complexidade, estes asseguram a proteção integral, incluindo moradia, alimentação, higienização e trabalho protegidos aos cidadãos e famílias que se encontram em condição de ameaças ou sem vínculos familiar ou comunitário.

Ainda segundo Silva (2009), o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o CREAS, o Serviço de Enfretamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual (Programa Sentinela) abrangem a proteção social individual de média e alta complexidade.

Enquanto o Centro de Referência da Assistência Social, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o PROJOVEM adolescente (englobando jovens entre 15 e 17 anos), egressos de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, egressos de indivíduos oriundos de medidas socioeducativas de internação ou de medida de proteção, egressos do PETI, egressos de programas de combate ao abuso e exploração sexual, compreendem a Proteção Social Básica (SILVA, 2009).

Como expressa Silva (2009), o Programa de Atenção Integral à Família, diz respeito um agrupamento de ações referentes à atenção, informação e orientação, assim como, a colocação em serviços da assistência social. O PAIF é desenvolvido no CRAS, e tem como propósitos, auxiliar para a prevenção e o enfrentamento de

situações de fragilidade e ameaça social, intensificar os vínculos familiares e comunitários, incentivar a autonomias das famílias e comunidades fomentando aquisições sociais e materiais.

No entanto, mesmo com estes instrumentos de proteção, é fundamental considerar as direções e abordagens que a assistência social vem adotando, como identificam Behring e Boschetti (2011, p. 161), “A assistência social é a política que mais vem sofrendo para se materializar como política pública e para superar algumas características históricas [...]”. Entre estas, têm-se o atraso na sua regulamentação como direito; a limitação e residualidade na abrangência; preservação e mesmo amparo de natureza filantrópica, com intensa participação de entidades privadas no comando de vários serviços, que pode afetar a oferta do mesmo; contínuas súplicas e ações clientelistas, bem como, destaque para os programas de transferências de renda, de natureza compensatória (SILVA, 2009).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº. 8.080/90 em seu art. 2º, inciso 1º define que,

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990a, n.p).

Diante do exposto, vale destacar que tanto na saúde, na educação e na assistência social, é importante e necessário garantir a acesso a informação referente aos seus direitos garantidos, para que o profissional consiga, na sequência, orientar de que forma é possível acessar esses direitos, em razão da importância da Lei ser efetivada, visando proteger, de fato, as adolescentes puérperas. Além de entender que essa adolescente/família pode ser atendida dentro de diferentes níveis de complexidade, ou seja, é muito particular e depende de cada situação, são perfis diferentes, contextos diferentes, cabe ao Assistente Social essa aproximação com a realidade destes sujeitos, para então proceder de modo que possa utilizar todas as ferramentas dispostas dos serviços em prol daquela família/puérpera.

4 O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO AS ADOLESCENTES PUÉRPERAS: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

A Maternidade Carmela Dutra (MCD) foi inaugurada no dia 03 de julho de 1955, teve seu nome em homenagem à esposa do presidente do Brasil que na época era o Marechal Eurico Gaspar Dutra. Situada na Rua Irma Benwarda, 208 – Centro, Florianópolis – SC, a primeira maternidade pública de Santa Catarina, começou as internações obstétricas em 1956 com 79 leitos e sua administração foi entregue às irmãs da Divina Providência.

A maternidade Carmela Dutra é uma instituição 100% pública vinculada ao Sistema Único de Saúde e subordinada à secretaria de saúde do estado de Santa Catarina, possui abrangência estadual. Em 1992, recebeu do Ministério da Saúde o reconhecimento como centro de referência estadual em saúde da mulher.

Já em 03 de julho de 1996, recebeu da UNICEF/OMS e Ministério da Saúde, o título de hospital amigo da criança, por ser uma instituição que procura dar incentivo e proteção ao aleitamento materno. Em julho de 1998, a Portaria nº 3.016 do Ministério da Saúde instituiu o programa de apoio a Implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de gestantes de alto risco.

Dispõe de 103 leitos para o atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal. Desde sua fundação expandiu e direcionaram os serviços e atividades a saúde integral da mulher e do binômio mãe-filho, prestando o atendimento a pacientes em situação de saúde/doença, relacionados ou não ao ciclo-grávido-puerperal.

A média anual de atendimento é de 13.000 consultas ambulatoriais, 25.250 atendimentos via emergência, dos quais geram uma média de 7.850 internações. Nascem aproximadamente 3.940 Recém-Nascidos (RN's) por ano, sendo a maternidade responsável por grande parte dos atendimentos obstétricos da região. Os dados foram apurados com o funcionário Jocimar do setor de estatísticas da instituição e os dados referem-se especificamente ao ano que se passou 2018, foram coletados durante o período de estágio realizado em 2019.

A política pública que permeia a organização institucional é a política de saúde, sendo uma maternidade integralmente pública o SUS que prevalece como sistema de saúde. Por ser uma maternidade e prestar serviços direcionados a saúde

da mulher, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) é central e mediadora, uma vez que, visa incorporar na qualidade da atenção o conjunto de aspectos que englobam a saúde da mulher como, questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais.

A Maternidade Carmela Dutra também está inserida nos programas hospital escola, amigo da criança e rede cegonha. A rede cegonha assegura as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, garantindo também às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento seguro.

É a partir deste programa que é desenvolvido o método canguru que se encontra em desenvolvimento na instituição. Esse modelo de assistência ao recém-nascido prematuro e sua família, internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, prepara e volta para o cuidado humanizado, combinando estratégias de intervenção biopsicossocial.

A importância do fortalecimento do vínculo entre a família e o bebê internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, é fundamental e presente na instituição, conforme no Manual do Método Canguru:

Quando os pais têm a oportunidade de estarem juntos com seu bebê de forma privada na primeira hora após o parto e durante toda a permanência no hospital, recebendo apoio em relação aos cuidados do recém-nascido, cria-se um ambiente propício à formação e ao fortalecimento dos laços afetivos (BRASIL, 2013, p.47).

Para tal, a maternidade conta com a UTI neonatal, que possui 24 leitos de alojamento em conjunto para prematuros, onde são realizados os cuidados com o RN. Nela o pai e a mãe têm acesso livre e, ambos são orientados pela equipe multiprofissional, em especial pela equipe de enfermagem, sobre os cuidados e sobre a posição canguru. Essa parceria entre equipe profissional e família proporciona e auxilia no tratamento e desenvolvimento do prematuro, diminuindo o tempo de internação e, conseqüentemente, evita a superlotação dos leitos da UTI.

Neste seguimento, para que possa haver essa parceria entre profissional e família é necessário haja condições propícias, é nesse cenário e com base no método canguru que é instituído o “recanto da mamãe”. O “recanto da mamãe” é um espaço oferecido pela maternidade para as mães que estão de alta, mas que seus

bebês se encontram internados na UTI Neonatal. De acordo com o Manual do Método Canguru:

Sabemos que, para o nascimento antes do termo, esse contato inicial pode não ocorrer logo após o nascimento. Logo, caberá à equipe de saúde tentar proporcionar um contato inicial em um ambiente acolhedor, com o objetivo de proporcionar um contato íntimo dos pais com o seu bebê. (BRASIL, 2013, p.46).

Sendo assim, o “recanto da mamãe” tem por finalidade fortalecer o vínculo entre mãe e bebê, garantir o acompanhamento presencial do quadro do bebê, principalmente, quando se trata de mães em estado de vulnerabilidade social e/ou que moram em cidades distantes, já que a abrangência da instituição é de nível estadual.

Neste sentido, o recanto é composto de dois quartos com seis leitos, onde as hóspedes têm direito a acompanhamento do Serviço Social, da nutrição, da psicologia e dos médicos (caso seja necessário). Bem como, direito a uma alimentação hipercalórica, controlada pelas nutricionistas e, o direito de ir e vir na instituição, já que a mãe não está internada na instituição.

O modelo de atenção à saúde, construído pelo movimento sanitário, especialmente na década de 1980, pautado na concepção ampliada de saúde e postulando o paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença, constituíram-se num terreno extremamente fértil para o Serviço Social. Trouxe, além da possibilidade, sem precedentes de ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais, a viabilidade de ressignificação das competências e ações profissionais. Pode-se observar que essa nova condição não decorre unicamente da ampliação da demanda reprimida e tampouco da expansão das funções desempenhadas tradicionalmente pelos profissionais no campo da saúde. Ao contrário, a adesão ao novo paradigma é que vai permitir aos assistentes sociais encaminharem suas ações de forma a tensionar a política social vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão.

De acordo com Fontes (1984), o alojamento conjunto é um sistema em que o RN permanece ao lado da mãe desde o momento do parto até a alta da maternidade. Sendo um local de ensino e aprendizagem, em que a permanência do RN ao lado do leito materno permite que sejam dadas orientações e que essas sejam checadas, quando a mãe executa a tarefa de cuidar de seu filho.

Segundo Bassetto, Brock e Wajnsztein (1998), o alojamento conjunto define-se por um sistema hospitalar em que o RN, estando livre de patologias, poderá permanecer ao lado da mãe, em um mesmo ambiente, por ocasião da hospitalização pós-parto, possibilitando a prestação de todos os cuidados assistenciais e orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe-filho. Após o nascimento, o recém-nascido receberá os cuidados de rotina na sala de admissão do berçário, onde será realizado o primeiro exame clínico. Na ausência de anormalidades, ele será transferido para o alojamento conjunto depois das primeiras quatro horas de vida.

Participam deste sistema todas as puérperas sadias, sobretudo, as preparadas no pré-natal ou motivadas por experiências anteriores. Não há relação com o tipo de parto. Não participam do alojamento conjunto, a critério do obstetra, as puérperas com patologias que impeçam ou coloquem em risco a presença do RN a seu lado no hospital, como, doença mental grave ou doenças infectocontagiosas. Também são excluídas as mães cujos RNs permanecem no berçário sob observação ou tratamento médico.

O relacionamento mãe-filho vem sendo um dos assuntos de maior destaque nos últimos anos e tem despertado a atenção dos profissionais da área da Saúde. Enfatiza-se a assistência integral ao Recém-Nascido, com vistas a resguardar suas necessidades afetivas, equilíbrio emocional e processo de socialização, situação tal, que poderia ser concretizada através da prática do alojamento conjunto.

Conforme destacam Brasil (1991) e Campos *et al.* (1994), as primeiras instalações de berçário apareceram no Brasil em 1945, e adotando a tendência internacional, as unidades de alojamento conjunto, de acordo com, as normas e recomendações das organizações governamentais científicas e institucionais. Desta forma, em todos os hospitais e outros estabelecimentos que realizam atenção ao parto tornou-se obrigatório a instalação destas unidades.

De acordo com a UNICEF (1993), este sistema deve obedecer às seguintes normas:

- O Alojamento Conjunto deve ser iniciado na sala de parto;
- A amamentação do RN deve ser praticada em regime de livre demanda, isto é, sem horários fixos;
- É contraindicado o uso de bicos (chupetas, mamadeiras e chucas);

- É contraindicado o uso de água, solução glicosada, chá, fórmulas lácteas ou outros alimentos, exceto em casos clinicamente indicados como RNs internados nas Unidades Neonatais ou em casos de mães portadoras do vírus HIV;
- A puérpera deve ser continuamente apoiada e informada, durante sua internação, sobre aspectos relacionados ao aleitamento materno;
- O aleitamento cruzado está contraindicado;
- É proibida a distribuição de bicos, mamadeiras, propagandas e amostras de substitutos do leite materno;
- Os horários de visita para os pais devem ser flexíveis e com a maior duração possível;
- Destinar local para permanência da mãe nutriz durante o período de internação do seu filho, de preferência próximo ao setor de Neonatologia;
- No momento da alta, a mãe deve ser orientada sobre a importância da manutenção da amamentação e encaminhada ao Centro de Saúde mais próximo de sua residência, para acompanhamento precoce nos primeiros 15 dias, levando o Cartão da Criança devidamente preenchido;
- Estimular a participação de grupos comunitários de apoio ao aleitamento materno dentro das Unidades de Saúde.

Para Zampirie e Oliveira (1995) o alojamento conjunto é primordial para o pleno desenvolvimento emocional e psíquico da criança, devido a maior aproximação do recém-nascido com a sua mãe, que lhe dá carinho e segurança, além de reduzir a desnutrição infantil e a mortalidade neonatal, visto que, permite e facilita o aleitamento materno.

A adoção do alojamento conjunto facilita o acesso do assistente social ao atendimento integral, não somente a adolescente puérpera, mas, também ao acompanhante, pai, familiar responsável pela adolescente entendendo que as demandas podem advir do conjunto familiar, para que se possa conhecer a realidade desta adolescente.

As premissas para a ação profissional em saúde assentam-se em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo

movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social.

Ao chegar ao Setor, à primeira atividade desenvolvida juntamente com a supervisora de campo é a identificação das pacientes no sistema de informação médico/multiprofissional dos usuários (as) (Prontuário), no qual buscamos informações relevantes como o nome, idade, profissão, município de origem, quadro clínico das pacientes internadas no alojamento conjunto (Posto I), que irão nortear a ação da profissional no Atendimento Social: O “carro chefe” da ação é orientação sobre o auxílio natalidade, conforme a Lei Federal nº. 8.742, Art. 22 – Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993), e Lei Municipal de Florianópolis nº. 10.444, Art. 2º (FLORIANÓPOLIS, 2018), benefício eventual de caráter suplementar e temporário, na forma de recurso financeiro, em uma única prestação, para reduzir a vulnerabilidade provocada pelo nascimento de um membro da família, obedecendo alguns critérios seletivos, sendo este, requerido em até 30/60 ou 90 dias a partir do nascimento, dependendo do município de origem, solicitado a assistência social (nem todos os municípios fornecem este benefício), juntamente com entregas de folhetos explicativos sobre, a puérperas em possível situação de vulnerabilidade social; A informação quanto ao benefício de licença maternidade, de acordo com a Lei Federal no. 8.861, Art. 71 (BRASIL, 1994), é recorrente, haja vista que, há uma expressiva parcela que está na ativa laboral, este é fornecido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) à puérperas trabalhadoras em regime de CLT, que atendam a determinados critérios. O salário maternidade é um benefício instituído pelo governo Federal com o intuito de garantir a gestante ou aquela que irá adotar uma criança, a remuneração provisória para que possa cuidar de seu filho, o qual necessita de cuidados especiais que somente ela poderá atender. Outra finalidade no serviço social é a entrega de benefícios imediatos, tais como, enxovais de recém-nascidos, kits de higiene e roupas, estes fornecidos pela associação de voluntárias da maternidade Carmela Dutra. Orientações gerais sobre registro público de nascimento é uma das abordagens realizadas, haja vista que, no interior da maternidade existe a prestação desse serviço, de forma integral e gratuita conforme preceitos da Lei, especificando sobre documentação necessária, a Lei Federal nº 6.015 (BRASIL, 1973) e a Lei Federal 13.112 (BRASIL, 2015), que permite as mães

registrarem seus filhos no cartório já a partir do nascimento. Portanto foram descritas quais são as orientações (ações socioeducativas) que eram realizadas no dia a dia durante as atividades desenvolvidas.

As atividades descritas foram executadas durante o decorrer do estágio curricular I e II a partir do segundo período mais especificamente, daí em diante segue-se no sentido de refletir sobre alguns aspectos da atuação profissional do Assistente social. Sempre era abordado junto a supervisora de campo questões relativas às “habilidades e competências” profissionais. Da observação, participação à realização dos atendimentos foi um período propício e propositivo de busca de conhecimentos, de aperfeiçoamento de referenciais teóricos e operativos, de escuta com atenção, de aprofundamento de leituras racionadas as temáticas mais predominantes, ressaltou meu interesse particular em assuntos relacionado ao atendimento de adolescentes neste contexto da gravidez, resultando em um trabalho de conclusão de curso.

Ainda levando em consideração o que Couto (2009, p. 9) relata, citando a Lei nº. 8662/1993 e o Código de Ética Profissional do Assistente Social, que 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 as 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.

A concepção básica que fundamenta o serviço social na Instituição é a concepção de saúde enquanto serviço e como direito do usuário. Segundo a Cartilha Elaborada por Souza (2013), 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.

O assistente social, por ser uma profissão que se dirige na luta pela garantia dos direitos, precisa conhecer as políticas e legislações voltada para seu público em atendimento. Esse movimento não é nada mais do que o planejamento das atividades que se deve executar em seguida. E ainda se pode concluir, com base

nas experiências vivenciadas, e por meio do arcabouço teórico do curso, o que Sousa (2008, p. 122), cita:

Se no cotidiano da prática o Assistente Social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento as mudanças da realidade social estarão certamente fadadas ao fracasso e a uma produção mecânica de atividades, tornando-se burocrata, e sem dúvidas, não promovendo mudanças significativas seja no cotidiano da população usuária ou na própria intervenção do Serviço Social no mercado de trabalho.

Estudar, pesquisar, debater temas, reler livros e textos não podem ser atividades restritas ao período da graduação ou nos “muros” da universidade, e sim estabelecer isso como uma rotina, indiferente da instituição que o profissional esteja atuando.

É importante ressaltar que se parte de um pressuposto que há uma margem de autonomia nos processos de trabalho em que os assistentes sociais estão envolvidos, busca-se acentuar que há espaço para a defesa do projeto profissional em qualquer espaço, público ou privado, em que seja requisitado a intervir, apresentando propostas que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição. Porém, o “peso do poder institucional” tenta desconstruir essa conduta e com base na sua autonomia relativa, tem a possibilidade de redirecionar o seu trabalho a rumos sociais distintos daqueles esperados pelos seus empregadores, com respaldo coletivo da categoria profissional para definição do perfil da profissão.

A cada atendimento surgem demandas diferentes, muitas vezes podem não aparecer de imediato, mas o assistente social é requisitado após a passagem nos leitos. O exercício de estar constantemente se atualizando, vem sendo uma atividade desenvolvida por ambas, estagiária e supervisora como já mencionado se faz necessário.

Isso cerceia também a autonomia do assistente social, pois embora seja um trabalhador assalariado, o assistente social conta com certa liberdade em sua atuação para decidir quais os encaminhamentos mais adequados.

Nesse sentido, a intervenção profissional é um processo complexo, desencadeado em um espaço social delimitado, que, no entanto, estabelece relações estruturais com outros espaços de diferentes amplitudes, o qual se particulariza em diversos campos de trabalho e em representações que se modificam conjuntamente (BAPTISTA, 2009, p.17).

As visitas diárias têm o objetivo de conhecer melhor a paciente e seus familiares, realizando aquilo que se chama de estudos sociais, prestando informações e, intervindo em determinadas situações quando necessário e requisitado pelas próprias usuárias e família ou por parte da equipe multiprofissional. 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 estudos 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; LIMA, 2009, p. 7).

Conhecer 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, requer do profissional certa habilidade. E ao reconhecer o terreno sócio-histórico na qual se movimenta a profissão, adota-se a categoria dos direitos e da cidadania como direção no encaminhamento das ações profissionais.

O atendimento social é fundamentalmente uma relação que resulta de uma interação dinâmica, pela qual cada um desenvolve seu próprio estilo de entrevistar, influenciado por sua personalidade e experiência. Exige também a habilidade de perguntar e responder, e para isso, se pode aprender técnicas, seguidos da orientação de quem cada um é, qual o papel de cada um e quais os serviços prestados pela instituição.

Esses atendimentos estão focados na garantia de direitos assistenciais, de saúde e previdenciários. Hoje a concepção básica que fundamenta o serviço social na Instituição é a concepção de saúde enquanto serviço e como direito do usuário.

Essas políticas públicas, segundo Pereira (2008b) visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis, as quais se operacionalizam por meio de programas, projetos e serviços, que cumprem o papel de materializar, de fato, as propostas, as ideias, os objetivos de determinada política, alocando e distribuindo bens públicos. Mas também, é preciso salientar que estas políticas públicas mudam e variam no tempo e no espaço, exemplo bem explícito em que os municípios têm autonomia de definir como repassarão a verba relativa ao auxílio natalidade (monetário ou de bens de consumo). Esse trabalho é realizado

normalmente no instante após o nascimento do filho, o que também, leva a conclusão de que por vezes o trabalho do assistente social deve ser pontual, direcionado, e que também, pode passar “despercebido”, pois nesse momento, o foco é a criança recém-chegada e a exaustão pós-parto.

Realizou-se durante o período descrito o acompanhamento das pacientes em especial adolescentes, mas é válido ressaltar que tive contato com puérperas estrangeiras, mulheres em situação de rua, que praticam algum tipo de “negligência” materna, casos de acolhimento e adoção, entre outros, bem como seus familiares, no que se refere aos acompanhamentos foram bem diversificados. Em todas as situações, adotavam-se estratégias de intervenção e planejamento de atividades, uma vez que a maioria dos casos requer que se faça encaminhamentos/contatos com a rede de proteção social e com os conselhos tutelares, acompanhei devidamente me interessando pelos atendimentos as adolescentes.

Após a apresentação formal, uma vez que, as assistentes sociais são facilmente confundidas com a equipe de enfermagem, em atendimentos breves, é realizada aproximação com a paciente e acompanhante, faz parte da rotina do trabalho do assistente social utilizar a entrevista como instrumento de trabalho, sempre ao utilizá-la, se pode questionar e deixar as pacientes “à vontade para responder ou não”. Cabe lembrar que, a privacidade é um dever que enquanto profissionais se deve garantir à usuária. Logo é preciso que o usuário (a) saiba por que e para que terá que falar sobre sua história, ou seja, este deverá compreender o motivo da entrevista. Essas entrevistas supõem uma habilidade técnica do assistente social para que viabilizem o ato de conhecer, privilegiando um diálogo aberto e na medida em que as informações vão sendo produzidas, surgem mais temas que possam ser abordados.

Lewgoy (2007) elucida que durante a entrevista, o assistente social tem que assegurar a apreensão do conteúdo comunicado, tanto pela linguagem verbal como pela não verbal, e assim, compreender a realidade que se apresenta através dos sentimentos, dos desejos e das necessidades sociais. O bom entrevistador ouve muito e fala pouco, isso dizendo respeito à habilidade de escuta, questionamento e observação do que não é dito, mas que se configura no sujeito para quem se dirige o trabalho. A observação permitirá muitas vezes a decodificação de uma mensagem, de um gesto, do silêncio, da pausa. Esse silêncio pode ser uma tentativa de encobrir algo que no momento o paciente não queira enfrentar, uma tensão, uma ansiedade,

ou mesmo desinteresse. Para melhor desenvolvimento da entrevista, é essencial ouvir de maneira atenta e prestando atenção nos detalhes, fazem-se anotações que vão de encontro à finalidade dos atendimentos.

Além das atividades acima citadas, no alojamento conjunto, foram atendidas as demandas espontâneas que chegam ao setor, sendo estas permeadas pela área de atuação das demais profissionais do serviço social, tais como, pacientes da oncologia, do berçário de alto risco, da UTI neonatal.

O Assistente Social ingressa nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores que implementam ações institucionais/empresariais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais (IAMAMOTO, 2009, p. 13).

Levando em consideração o anunciado anterior, o atendimento junto com equipe interdisciplinar é algo que não pode ser deixado de lado, uma vez que constantemente o assistente social é chamado por estes para intervir em alguma situação específica. Os mesmos, por vezes, são os “nossos olhos”, relatando fatos que possam identificar algum tipo de vulnerabilidade ou questão social. Foi constatada a importância do serviço de psicologia, agregando sua especificidade no atendimento multiprofissional e individual, fazendo com que o trabalho seja organizado de forma integral.

Ao clarificar seus objetivos sociais, realizar escolhas moralmente motivadas, compreender o significado social da profissão no contexto da sociedade capitalista, escolher crítica e, adequadamente, os meios éticos para o alcance de fins éticos, orientados por um projeto profissional crítico, os assistentes sociais estão aptos, em termos de possibilidades, a realizar uma intervenção profissional de qualidade, competência e compromisso indiscutíveis (GUERRA, 2007, p. 15).

Por se tratar de uma profissão que visa à inclusão social e a garantia de direitos sociais e humanos a todos, que se baseia em um projeto profissional crítico que visa romper com o tradicionalismo das práticas profissionais, que conhece as suas competências e imprime qualidade técnica às suas ações, vale ressaltar que o profissional aqui age contra uma corrente, uma vez que é um trabalhador assalariado e deveria de seguir a lógica do mercado (capital). Guerra (2007) traz em seus estudos o que seria essa lógica que perpassa os serviços sociais, junto com as

políticas sociais, que passa a se constituir com a própria racionalidade que orienta o exercício profissional.

O Assistente Social como trabalhador só se realiza quando sua força de trabalho é vendida no mercado por intermédio de determinadas condições e relações de trabalho, meios e mediações tais como: um contrato (formal ou informal) que define as bases nas quais se dará o exercício profissional do assistente social (em termos de: jornada de trabalho, funções, atribuições etc.), além de normas, rotinas, enfim, pela legislação trabalhista vigente. Estas definem um tipo de relação que se estabelece entre o profissional e a instituição, bem como determina as atividades/projetos para os quais é contratado, limitando sua autonomia que será sempre relativa ao contexto sócio-histórico e à capacidade estratégica do profissional.

Assim o assistente social, ao atuar nessa intermediação entre as demandas da população usuária e o acesso aos serviços sociais, através de políticas públicas, estende seu agir profissional para outras esferas da administração pública. Uma vez efetuado o atendimento, se faz necessário assentar em registros próprios os dados coletados, documentando todo o processo da entrevista e elaborando-se um documento final, para posteriormente, anexar ao prontuário médico/multiprofissional as impressões colhidas durante o atendimento social.

A utilização dos instrumentos de trabalho por escrito também possui uma fundamental importância: é aqui que se torna possível ao assistente social sistematizar a sua prática. Havendo um modelo institucionalmente definido, destacam-se alguns pontos fundamentais para a sua elaboração tais como, a identificação dos sujeitos demandantes, a descrição concisa da situação estudada, a análise de alguma situação na qual nos deparamos com alguma especificidade, das legislações em vigor, entre outras.

O registro da entrevista se fundamenta no direito do usuário em ter a evolução do seu atendimento documentado e no acesso a dados registrados. Segundo a Lei Estadual nº13.324/2005, em seu Art. 13,

O paciente tem direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento". Enquanto no inciso 1º, "Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados de histórico de paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, condutas terapêuticas e demais relatórios e anotações clínicas (SANTA CATARINA, 2005, n.p).

O registro, também, tem como objetivo contribuir para a integralidade do atendimento e compartilhar o conhecimento com os demais trabalhadores da instituição. Basicamente falando, o relatório social aqui abordado é o simples relato dos dados coletados e das intervenções realizadas.

Pode-se concluir que as atividades desenvolvidas, apontam mais que significativamente que o estágio supervisionado é um ato educativo e, nada mais deveria ser do que um processo de pesquisa do real, que interfere no currículo, na formação profissional, no processo de construção do profissional e própria profissão. Acredita-se que no âmbito do serviço social, assim como, em qualquer outra profissão, a formação profissional estaria incompleta se não contemplasse o exercício da prática. Porém, essa prática não pode ser entendida no sentido da ação pela ação, mas como atividade prática concreta, munida de sentidos e atribuições. As ações do assistente social a serem apreendidas pelos estudantes no processo de formação estão voltadas para as respostas profissionais no enfrentamento das expressões da questão social no cotidiano dos trabalhadores. Para tanto, o estágio é componente curricular central na aprendizagem da prática profissional e não pode ser entendido apenas como mão de obra barata do mercado de trabalho.

Todavia, o que se propõe hoje, nesse âmbito é “justamente a produção de um conhecimento que rompa com a mera aparência e busque apreender o que está 'por trás dela', sua essência. Para isso, é fundamental que o profissional sempre mantenha uma postura crítica, questionadora, não se contentando com o que aparece a ele imediatamente” (SOUSA, 2008, p. 123).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proteção social é um direito adquirido e ampliado desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, visando o bem-estar social, com a Seguridade Social e educação, de todos os cidadãos brasileiros. Neste sentido, as políticas de proteção social às adolescentes puérperas, principalmente por parte do Estado, devem atender e garantir o bem-estar destas gestantes antes, durante e após este período importante de suas vidas, contando, em especial, com assistência dos profissionais do Serviço Social, sobretudo no ambiente da maternidade.

Este trabalho apresenta uma análise, a partir das experiências e contato em estágio no setor de Serviço Social da maternidade Carmela Dutra, no município de Florianópolis - SC, da proteção social voltada as adolescentes puérperas e suas famílias, referente à saúde, educação e assistência social, com intuito de avaliar e compreender os desafios que muitas destas adolescentes enfrentam durante e após essa etapa de suas vidas.

O objetivo deste trabalho consistiu em responder a indagação de como as adolescentes grávidas são protegidas mediante este ciclo, principalmente por parte do Estado. Para tal, utilizou-se da apresentação da rede de proteção social direcionada às adolescentes puérperas, visando acompanhar os serviços prestados, seja relacionado à saúde, à educação ou a assistência social, quando estas adolescentes passam pela maternidade.

Neste trabalho foram expostos os conceitos de adolescentes e da adolescência, assim como, os aspectos referentes à temática da gravidez na adolescência. Da mesma forma, foi evidenciada a importância da atuação do serviço social na maternidade com objetivo de tratar questões relacionadas à gravidez na adolescência.

Na continuidade, foi descrita a rede de proteção social que realiza o atendimento às adolescentes puérperas no município de Florianópolis. Assim como, a política de proteção no contexto brasileiro foi apresentada, expondo as principais fases e criações institucionais desde o período anterior a 1930 até o atual governo, visando conhecer e compreender a importância da proteção social para toda a sociedade brasileira, bem como, o cumprimento de seus direitos adquiridos.

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos, o presente estudo se trata de uma revisão de literatura e reflexões sobre o tema a partir das práticas do

estágio como estudante de serviço social na maternidade Carmela Dutra. Convém destacar que, a pesquisa estava voltada para uma pesquisa de campo com aplicação de entrevistas. No entanto, devido a pandemia de Covid-19, foi necessário reformular a mesma. Mesmo assim, a pesquisa tem sua relevância, pois o período de estágio na maternidade Carmela Dutra contribuiu para perceber a necessidade de aprofundar e conhecer melhor esta temática com o propósito de realizar o mapeamento da rede socioassistencial do município de Florianópolis relacionados aos serviços acessados pelas adolescentes puérperas.

A Maternidade Carmela Dutra foi apresentada como local da pesquisa, assim como, foram expostos seus dados históricos, sua forma de atendimento (100% pública subordinada a secretária do estado de SC), seu ambiente, disponibilidade de leitos e serviços especializados oferecidos a sociedade. Como também, a forma que a maternidade realiza seus atendimentos as adolescentes puérperas, referindo-se ao seu modelo de atendimento envolvendo o serviço social, o alojamento conjunto para que mãe e filho permaneçam juntos do momento do parto até a alta da maternidade, tencionando, assim, o bem-estar de ambos.

Sendo assim, pode-se perceber que o papel do Assistente Social é de suma importância no ambiente da maternidade, uma vez que, muitas adolescentes não têm conhecimento de seus direitos adquiridos perante a lei e desta forma não tem o devido cuidado com sua saúde e de seu bebê durante a gestação e após o seu nascimento. Como também, não sabem de seu direito de estudar durante a gestação e de que forma isto pode ser feito. Bem como, não tem noção do apoio que podem receber por parte de profissionais da área da saúde e assistência social.

O profissional do Serviço Social trabalha como uma conexão entre instituições, direitos conquistados e sociedade, visando o bem-estar, das adolescentes gestantes em uma fase tão importante de suas vidas.

Desta forma, a pesquisa atingiu seu objetivo de analisar a atuação do Serviço Social junto as adolescentes puérperas no período em que elas estão na maternidade, com a finalidade observar esta fase de suas vidas, e quando necessário, orientar sobre seus direitos adquiridos perante a Constituição Federal. Assim como, para o assistente social o conhecimento adquirido, tanto teórico quanto prático, contribui para sua formação acadêmica e profissional.

REFERÊNCIAS

- AMAZARRAY, Mayte Raya *et al.* A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 431-440, 1998. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79721998000300004>.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981. 279 p.
- BAPTISTA, Myrian Vera. **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento**. São Paulo: Veras, 2009. 175p.
- BASSETTO, Mônica Cristina Andrade; BROCK, Roger; WAJNSZTEJN, Rubens. **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiologia**. São Paulo: Levisse, 1998. 376 p.
- BAZZA, Cybelli Marina; CARVALHO, Flávia Xavier de. A Política de Assistência Social na contemporaneidade: considerações sobre a realidade brasileira. **Revista Uningá**, Maringá, v. 37, n. 1, p. 145-158, set. 2013. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1116>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9 ed. Cortez. São Paulo. 2011.
- BERMÚDEZ, M. S. D. M. Políticas Sociales y familia: Estado de Bienestar y neoliberalismo familiarista. **Revista Fronteras**, Montevideu, Universidad de la República, n.04, p.103-44, set. 2001
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G.. **Dicionário de política**. 12ª ed. Brasília: UNB, 2004.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 63-76, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-85572007000100007>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100007. Acesso em: 10 dez. 2019.
- BORGES, Renata. **Gravidez na Adolescência no Brasil: estudo de caso entre adolescentes grávidas no bairro Saco Grande/Monte Verde, zona urbana de Florianópolis, SC**. 1999. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/80707/142153.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 set. 2020.

BOUZAS, Isabel; MIRANDA, Ana Teresa. Gravidez na adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 27-30, mar. 2004. Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente - NESA - UERJ. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v1n1a07.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho..** Brasília, 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 29 mai. 2019.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969. **Dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções que indica.** Brasília, 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del1044.htm. Acesso em: 29 mai. 2019.

BRASIL. Constituição (1973). Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. **Título I. Das Disposições Gerais: CAPÍTULO I. Das Atribuições.** Brasília, DF: Senado Federal, 31 dez. 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Constituição (1975). Lei Nº 6.202, de 17 de abril de 1975. **Presidência da República Casa Civil. Subchefia Para Assuntos Jurídicos.** Brasília, DF: Senado Federal, 17 abr. 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6202.htm. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde.** 3. ed. Brasília – DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 50 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Art. nº 203, de 15 de outubro de 1988. **Título VIII. da Ordem Social. Capítulo II. Da Seguridade Social:** Seção IV. Da Assistência Social. Brasília, DF: Senado Federal, 15 out. 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_203_.asp. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Art. nº 194, de 15 de outubro de 1988. **Título VIII. da Ordem Social. Capítulo II. Da Seguridade Social:** Seção I. Disposições Gerais. Brasília, DF: Senado Federal, 15 out. 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_194_.asp. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Art. nº 205, de 05 de outubro de 1988. **Título VIII. da Ordem Social: Capítulo III Da Educação, da Cultura e do Desporto. Seção I. Da Educação.** Brasília, DF: Senado Federal, Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_05.10.1988/art_205_.asp. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe Sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências.** Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 mai. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe Sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências.** Brasília, 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Alojamento Conjunto, Normas Básicas.** Ver. Paul. Pediatría, v.3 n.9. Brasília – DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. NOB-SUS 93. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93,** Brasília, 1993. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf. Acesso em 15 nov.2020.

BRASIL. Constituição (1988) Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social. CAPÍTULO I: Das Definições e dos Objetivos.** Brasília, DF: Senado Federal, 07 dez. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Constituição (1988) Lei nº 8.861, Art. 71, de 25 de março de 1994. **Dá nova redação aos arts. 387 e 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), altera os arts. 12 e 25 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e os arts 39, 71, 73 e 106 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, todos pertinentes à licença-maternidade.** Brasília, DF: Senado Federal, 25 mar. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8861.htm. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 6 nov.1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 12 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1 jun. 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf. Acesso em: 27 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 9 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate À Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004**: norma operacional básica NOB/SUAS. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. 178 p.

BRASIL. Constituição (1988). Ementa Constitucional nº 65, de 2010. **Capítulo VII da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso**. Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil Subchefia Para Assuntos Jurídicos, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 mar. 2020.

BRASIL. **Norma operacional básica NOB/SUAS**: construindo as bases para a implantação do sistema único de assistência social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate À Fome Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. 84 p. Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru - manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 204 p.

BRASIL. Constituição (1988) Lei nº 13.112, de 30 de março de 2015. **Altera os itens 1º e 2º do art. 52 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para permitir à mulher, em igualdade de condições, proceder ao registro de nascimento do filho**. Das Atribuições. Brasília, DF: Senado Federal, 30 mar. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13112.htm. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Lei nº 2.350, de 2015. **Projeto de Lei Nº 2.350, de 2015**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Art. nº 226, emenda constitucional nº 88, de 07 de maio de 2015. **Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo VII.** Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso. Brasília, DF: Senado Federal, 07 maio. 2015. Disponível em: http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_07.05.2015/art_226_.asp p. Acesso em: 12 out. 2020

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Nota Técnica Conjunta MDS/MSaúde nº 001/2016, de 2016. **Diretrizes, fluxo e fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou Usuárias de Álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate À Fome, 10 maio 2016. p. 1-18. Secretaria Nacional de Assistência Social. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Art. 6. Título II - dos Direitos e Garantias Fundamentais:** Capítulo II - Dos Direitos Sociais. Brasília, DF: Senado Federal, Constituição Federal. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_6_.asp. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Art. 6. Título II - dos Direitos e Garantias Fundamentais:** Capítulo II - Dos Direitos Sociais. Brasília, DF: Senado Federal, 15 dez. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Art. nº 196, de 06 de junho de 2017. **Título VIII. da Ordem Social. Capítulo II. Da Seguridade Social:** Seção II. Da Saúde. Disposições Gerais. Brasília, DF: Senado Federal, 06 jun. 2017. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp. Acesso em: 12 out. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social e Democracia.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 288 p.

CAMPOS, J.C. *et al.* **Manual de cuidados primários.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994.

CARDOSO JUNIOR, José Celso; JACCOUD, Luciana. POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana *et al.* **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo.** Brasília: IPEA, 2005. Cap. 5. p. 181-260.

CARDOSO, Julietty Nunes; TEIXEIRA, Solange Maria. Política de assistência social e trabalho social com família: autonomia ou maternagem?. **Serviço Social em Revista**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 66-87, 29 dez. 2014. Universidade Estadual de Londrina. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2014v17n1p66>. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/21074>. Acesso em: 10 maio 2020.

CIELO, Ivanete Daga; SCHMIDT, Carla Maria; WENNINGKAMP, Keila Raquel. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná (2011). **DRD - Desenvolvimento Regional em Debate**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 211-230, 26 mar. 2015. Universidade do Contestado - UNC. <http://dx.doi.org/10.24302/drd.v5i1.652>. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/652>. Acesso em: 20 nov. 2020.

COELHO, Rita de Cássia Heinzen de Almeida *et al.* **Programa Capital Criança: resgatando a cidadania**. Florianópolis: Insular, 2004. 190p.

COHN, Amélia. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [S.L.], n. 109, p. 129-160, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-129160/109>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ln/n109/1807-0175-ln-109-129.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília – DF: CFESS/ABEPSS - Caderno de textos da especialização, 2009. p. 651-666.

CRONEMBERGER, Izabel Herika Gomes Matias; TEIXEIRA, Solange Maria. O Sistema de Proteção Social Brasileiro, Política de Assistência Social e a Atenção à Família. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 132-147, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v19n2/v19n2a11.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, [S.L.], v. 20, n. 45, p. 123-131, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-863x2010000100015>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250984641_Gravidez_na_adolescencia_um_olhar_sobre_um_fenomeno_complexo. Acesso em: 25 ago. 2019.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes**. 14. ed. Santiago do Chile: Cepal, 1993. 84 p. (Reformas de Política Pública). Países Bajos. Gobierno.

DRUCK, Graça; FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo lula. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 24-34, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-49802007000100004>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 nov. 2020.

EW, Raquel de Andrade Souza *et al.* Diálogos sobre sexualidade na escola: uma intervenção possível. **Revista Psicologia em Pesquisa**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 51-60, 21 dez. 2017. Universidade Federal de Juiz de Fora. <http://dx.doi.org/10.24879/2017001100200155>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v11n2/07.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

FAGNANI, Eduardo. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**, Campinas, SP, v. 6, n. 1, p. 183–238, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643175>. Acesso em: 5 fev. 2021.

FAGNANI, Eduardo. O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015). **Unicamp IE**, Campinas, n. 308, p. 1-21, 2017. Texto para discussão. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3537/TD308.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Constituição (2018). Lei nº 10.444, Art. 2, de 18 de outubro de 2018. **Institui As Normas Para Concessão de Benefícios Eventuais no Âmbito da Política Municipal de Assistência Social, Revoga A Lei Nº 9022, de 2012, e Dá Outras Providências**. Florianópolis, SC: Leis Municipais, Casa Cível, Florianópolis, 18 out. 2018. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2018/1044/10444/lei-ordinaria-n-10444-2018-institui-as-normas-para-concessao-de-beneficios-eventuais-no-ambito-da-politica-municipal-de-assistencia-social-revoga-a-lei-n-9022-de-2012-e-da-outras-providencias>.

FONTES, José Américo Silva. **Perinatologia social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1984. 892 p.

FONTOURA, Natália de Oliveira; PINHEIRO, Luana Simões. Síndrome de Juno: gravidez, juventude e políticas públicas. In: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni Maria C. de; ANDRADE, Carla Coelho de. **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2009. p. 151-165.

FORTES, Alexandre; FRENCH, John. A "Era Lula", as eleições presidenciais de 2010 e os desafios do pós-neoliberalismo. **Tempo Social**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 201-228, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-20702012000100011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702012000100011. Acesso em: 22 abr. 2021

FREITAS, Maria Raquel Lino de. **Desenvolvimento e Políticas Sociais no Brasil: considerações sobre as tendências de universalização e de focalização**. In: 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2005, Toledo. Toledo: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2005. p. 1-15. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/economia/meco10.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

FREYRE, G. **Casa Grande e Senzala**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1963.

GUERRA, Yolanda. Projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 91, p. 5-33, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília – DF: CFESS/ABEPSS - Caderno de textos da especialização, 2009 p. 341-376.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 400 p.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. **Conjuntura e Política Social**. Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise. n. 8. 2004. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/CONJ_POL_SO_CIAL8.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

LANGER, Marie. **Maternidade e sexo**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1986. 266 p.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 233-251, 19 dez. 2007. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2315>. Acesso em: 20 dez. 2020.

LIMA, Eliéte Maria de. **A Proteção Social no Âmbito da Família: um estudo sobre as famílias do bairro monte cristo em Florianópolis**. 2006. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/88435/225831.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 nov. 2019.

LUCCHESI, Patrícia T. R.. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde - ABRES, 2016. 260 p. Ministério da Saúde (MS) Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil.

MARTIN, Claude. Os limites da proteção da família: introdução a uma discussão sobre novas solidariedades na relação família-estado. **Crítica de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 42, p. 53-73, maio 1995.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social no contexto hospitalar**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 497- 508, jul-set 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 77-92, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702014000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020.

MIOTO, R. C. T. **A maternidade na adolescência e a (des)proteção social**. Revista Serviço Social e Sociedade n. 83. São Paulo: Cortez, 2005.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 22-48, 13 ago. 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/5673>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MORAES, Isabela. **Educação Sexual: o que é e como funciona em outros países?**. o que é e como funciona em outros países?. 2019. Politize!. Disponível em: <https://www.politize.com.br/educacao-sexual-o-que-e-e-como-funciona-em-outros-paises/#toggle-id-1>. Acesso em: 15 jul. 2020.

NUNES, Cesar; SILVA, Edna. **Sexualidade(S) Adolescente(S)**. Florianópolis: Sophos, 2001. 156 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1989. 25 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_11.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

OLIVEIRA, Mônica Reis de. Estudos sobre a adolescência e os conflitos sociofamiliares. **Psicologia. pt: O portal dos psicólogos**, Porto, p. 1-17, 26 ago. 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1227.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 40, n. , p. 73-78, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102006000400011>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2020.

PAULUS Júnior, A.; CORDONI Júnior, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, p. 13-19, dez. 2006.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING *et al.* **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008a, p. 87-108.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades Humanas**: subsídios a crítica dos mínimos sociais. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008b. 215 p.

PRADO, Danda. **O que é família**: primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 2017. 75 p.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social**: caminhos da construção democrática. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 304 p.

REIS, Carlos Nelson dos; PERUZZO, Juliane Feix. SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL E MODERNIZAÇÃO PRODUTIVA: notas preliminares sobre seus impactos em Caxias do Sul. **Repositório Institucional PUCRS**, Porto Alegre, p. 1-20, 2002. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7921>. Acesso em: 18 nov. 2020.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: SUS e pactos pela saúde. São Paulo: UNA-SUS - UNIFESP, 2006. 47 p. Módulo Político Gestor.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989, 160p.

RODRIGUES, Herbert *et al.* Socialização legal de crianças e adolescentes: revisão da literatura e desafios de pesquisa. **Plural**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 105-123, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/127330>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SALLES, Leila Maria Ferreira. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 33-41, mar. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2005000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n1/v22n1a04.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

SALVADOR, Marina Alvares Côrtes; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; ARÊAS, Raquel dos Santos. Política de saúde no BRASIL: história e desafios atuais. In: VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís, Maranhão. **Anais [...]**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2015. p. 1-12. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTA CATARINA. Constituição (2005). Lei nº 13.324, Art. 13º, de 20 de janeiro de 2005. **Dispõe Sobre A Cartilha dos Direitos do Paciente e Estabelece Normas Para A Consolidação dos Atos Normativos Que Menciona**. Florianópolis, SC: ALESC/GCAN, 20 jan. 2005. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2005/13324_2005_Lei.html. Acesso em: 12 out. 2020.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos *et al.* **Gravidez na Adolescência no Brasil**: vozes de meninas e de especialistas. Brasília: Indica, 2017. 57 p. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/livro_gravidez_adolescencia_brasil.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 581 p.

SILVA, Paolla Santiago. **A rede de proteção social para gestantes e puérperas adolescentes atendidas na maternidade do HU/UFSC**. 2009. 65 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/120250>. Acesso em: 24 out. 2020.

SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Assistência social em risco: conservadorismo e luta social por direitos. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 130, p. 487-506, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.120>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300487. Acesso em: 15 ago. 2020.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008. Semestral. Universidade Estadual de Ponta Grossa.

SOUZA, Priscila Fortunato Barreto de. **A humanização no atendimento hospitalar e o Serviço Social**. 2013. 85 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2013.

TAVEIRA, Angela Mendes; SANTOS, Lucilene Aparecida dos; ARAÚJO, Alisson. Perfil das adolescentes grávidas do município de São Gonçalo do Pará/MG. **RECOM: Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 2, n. 3, p. 326-336, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/198>. Acesso em: 10 nov. 2020.

UNICEF. **Situação da adolescência brasileira 2011 - O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília - DF, 2011.

UNICEF/OMS/OPAS. **Dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília: Ministério da Saúde. Grupo de Defesa da Saúde da Criança, 1993.

ZAMPIRIE, M.F.M.; OLIVEIRA, A.R. Análise do alojamento conjunto na Maternidade Darcy Vargas: opinião e aceitação das puérperas e profissionais de saúde. **Rev. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 1/2, p. 7-22, jan.-dez. 1995.