

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

ALICE MENDES RODRIGUES DA SILVA

O OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL DIANTE DO ACOLHIMENTO
INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS RECÉM-NASCIDAS, FILHOS(AS) DE
MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU EM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS

Florianópolis

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALICE MENDES RODRIGUES DA SILVA

O OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL DIANTE DO ACOLHIMENTO
INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS RECÉM-NASCIDAS, FILHOS(AS) DE
MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU EM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS

Artigo apresentado para disciplina de Trabalho de Conclusão da Residência – TCR, do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – RIMS do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC/EBSERH –, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Serviço Social, na ênfase Saúde da Mulher e da Criança.

Orientadora: Mestra Mariana Silveira Barcelos
Co-orientadora: Profa. Dra. Fabiana Luiza Negri

Florianópolis

2022

RESUMO

Este artigo tem como tema central o trabalho do Serviço Social no atendimento às mulheres e crianças recém-nascidas mediante o acolhimento institucional, por efeito do uso abusivo de substâncias psicoativas e em situação de rua. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória bibliográfica e com abordagem de campo, a partir de entrevista semiestruturada com assistentes sociais que atuam em hospitais nas maternidades do município de Florianópolis (SC). Tem por objetivo identificar quais as estratégias estabelecidas pelo Serviço Social das maternidades públicas do município de Florianópolis, nas situações de acolhimento institucional de crianças recém-nascidas no pós-parto de mulheres em situação de rua e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas. Os principais resultados revelam a inexistência de uma política de proteção social voltada para esse público, bem como as escassas alternativas de encaminhamentos encontradas pelas assistentes sociais durante o atendimento pontual, que se realiza durante a internação dessas mulheres. Circunstâncias essas que reverberam na responsabilização da família e no acolhimento institucional como medida de “proteção”.

Palavras-chave: Serviço Social. Acolhimento Institucional. Situação de Rua. Uso abusivo de substâncias psicoativas.

ABSTRACT

This article has as its main theme on the work of the Social Service attending to the care of women and newborn children that go through an Institutional foster home, due to the abuse of psychoactive substances and a homeless situation. This is a qualitative, exploratory bibliographic research with a field approach, based on semi-structured interviews with social workers who work in maternity hospitals in the city of Florianópolis (SC). It aims to identify which are the strategies established by the Social Service of public maternity hospitals in the city of Florianópolis, in situations of the fostering of newborns in the postpartum period of women living on the streets and/or abusing psychoactive substances. The main results reveal the lack of a social protection policy directed to this public, as well as the few referral alternatives found by social workers during the punctual attendance, which takes place during the hospitalization of these women. These circumstances reverberate in the family's accountability and in the Institutional foster care as a "protection" measure.

Keywords: Social Service. Institutional foster care. Homeless. Abuse of psychoactive substances.

INTRODUÇÃO

Considerado um fenômeno histórico-cultural antigo e persistente, o uso de substâncias psicoativas permeia a história da humanidade de diferentes formas e em diferentes contextos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), droga, para a qual utilizaremos a nomenclatura substância psicoativa, “é qualquer substância não produzida pelo organismo que age sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações no funcionamento destes”.

O uso abusivo dessas substâncias está associado à sua utilização em excesso e se caracteriza pela interferência direta nas relações sociais e afetivas do sujeito que o faz, sendo diversas as motivações para o seu uso dentre as quais: “a busca do prazer, o alívio de preocupações e tensões, o controle do humor e a expansão da consciência, com alteração de seus estados ordinários” (FILEV, 2015).

Associado, sobretudo, à figura masculina, o uso de substâncias psicoativas no Brasil, teve um aumento significativo pela população feminina ao longo dos anos. Segundo o III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira (COUTINHO et al., 2019), 4,9 milhões de pessoas utilizam algum tipo de substância psicoativa considerada ilícita, dentre essa população, 1,5% são mulheres. Apesar disso, há um número reduzido de pesquisas que abordam o tema da mulher usuária de substâncias psicoativas, principalmente em decorrência dos estigmas sociais do gênero feminino neste contexto.

Ao versar sobre a temática, Silva (2013), aponta que as mulheres que fazem o uso de substâncias psicoativas estão mais expostas aos estigmas sociais do que os homens, essencialmente pelos papéis de gênero que atribuem à mulher a tarefa de mãe, esposa e cuidadora da família, as quais são consideradas antagônicas ao consumo de substâncias psicoativas.

Além disso, as mulheres passam a ser apontadas como incapazes de cuidar da família e dos filhos, especialmente se o uso de substâncias psicoativas permanece durante o período gestacional. Dados de uma Pesquisa Nacional, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz no ano de 2014, indicam que cerca de 20% das mulheres fazem o uso de substâncias psicoativas durante o período gestacional.

No que se refere às mulheres em situação de rua, a gestação é considerada vulnerável por inúmeros motivos que perpassam desde a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, as violências vivenciadas nas ruas, bem como o próprio uso de substâncias psicoativas que por vezes surge atrelado a condição da falta de moradia.

Nos Serviços de Saúde, em especial nas maternidades, gestantes e puérperas com histórico ou uso ativo de substâncias psicoativas e/ou em situação de rua, surgem como demanda prioritária de atendimento das Equipes Multiprofissionais, as quais são compostas por assistentes sociais.

Pautado nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do exercício profissional, o atendimento realizado pelo Serviço Social a este público, busca compreender, dentre outros aspectos, a realidade em que essa mulher está inserida, analisar a existência de uma rede de apoio efetiva, bem como identificar a existência de acompanhamento pela rede de proteção social.

De modo geral, os protocolos clínicos indicam a internação de puérperas por no mínimo 24 horas em caso de parto vaginal e 48 horas quando da realização de procedimento cirúrgico para parto cesáreo. No entanto, os encaminhamentos provenientes do atendimento a puérperas usuárias de substâncias psicoativas demandam mais tempo. Em cenários como esse, via de regra, a imediatividade de respostas impossibilita a realização de uma análise sob a perspectiva da totalidade, transfigurando a atuação profissional em uma ação limitada, mais voltada à regularização legal da situação junto aos órgãos competentes, do que para a efetivação dos direitos da mulher usuária desse serviço.

O interesse pela temática e pela realização da pesquisa emerge da observação e vivência profissional enquanto Assistente Social residente na ênfase Saúde da Mulher e da Criança de um Hospital Universitário situado na região Sul do Brasil¹, durante a atuação nas diferentes Unidades de atendimento que prestam atendimento ao binômio, mãe e bebê.

Diante do exposto, o artigo objetiva identificar quais as estratégias estabelecidas pelo Serviço Social das maternidades públicas do município de Florianópolis, nas situações de acolhimento institucional de crianças recém-nascidas no pós-parto de mulheres em situação de rua e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas.

Tendo em vista a busca por dados que pudessem permitir a aproximação com a questão central suscitada pela pesquisa, o estudo se caracteriza como qualitativo uma vez que, conforme Minayo (2002), possibilita a apreensão do problema a ser investigado em sua totalidade. Além disso, envolve a obtenção de dados sobre pessoas,

¹ O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) é uma modalidade de Pós-graduação lato sensu caracterizada pela formação em serviço. O programa é estruturado em três áreas de concentração: Atenção em Urgência e Emergência, Atenção em Alta Complexidade e Atenção em Saúde da Mulher e da Criança. Conta com profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Psicologia.

lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com o problema estudado, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes.

No que tange às técnicas de pesquisa adotadas, optou-se pela pesquisa exploratória partindo de uma pesquisa bibliográfica para aprofundamento da temática. Para Gil (2017), a pesquisa exploratória bibliográfica visa explorar um fenômeno social para elencar hipóteses e compreender os seus mais variados aspectos, sendo utilizada para uma aproximação com os conceitos de gênero, uso abusivo de substâncias psicoativas, acolhimento institucional e atuação profissional em saúde. Num segundo momento realizou-se a pesquisa empírica, que tem por finalidade evidenciar e demonstrar no plano da experiência o que se configura no campo conceitualmente, ela oferece dados para sistematizar as argumentações sobre o fenômeno pesquisado, para isso, o instrumental utilizado foi a entrevista semiestruturada.

Os critérios de seleção do quantitativo de participantes na pesquisa considerou a atuação direta na realidade institucional vivenciada nas maternidades do município. Sendo assim, após levantamento identificou-se o total de sete assistentes sociais atuando nas maternidades públicas do município de Florianópolis, sendo três alocadas na Maternidade do Hospital Universitário HU/UFSC/EBSERH e as demais, lotadas na Maternidade Carmela Dutra. Uma das assistentes sociais se tornou inelegível para participar da pesquisa, pois integra a orientação deste trabalho.

No decorrer da realização da coleta de dados, duas das assistentes selecionadas para realização da pesquisa na Maternidade Carmela Dutra se afastaram de suas funções², reduzindo o número de entrevistas anteriormente previsto em seis, para quatro. As entrevistas foram gravadas³ e após sua transcrição, sistematizadas em quadro de análise de entrevista a fim de facilitar a análise a partir da questão central e dos objetivos propostos.

Inicialmente, será abordado de forma breve o trabalho do Serviço Social na área da saúde, com recorte para atuação no âmbito das maternidades. Na sequência será realizada a análise dos dados da pesquisa com enfoque na temática da mulher usuária de substâncias psicoativas e/ou em situação de rua, no contexto de uma gestação e as políticas públicas que se destinam a essa população.

² Uma profissional estava afastada para licença saúde; e a outra não compunha mais o quadro de servidoras da referida instituição.

³ A aplicação da pesquisa cumpriu as determinações previstas na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e foi realizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Considerando o acolhimento institucional dos filhos(as) dessas mulheres, como medida protetiva pelos órgãos de proteção, será discutido o papel do Conselho Tutelar nessas decisões. Por fim, se buscará compreender o processo de intervenção do Serviço Social nessas situações.

Breves apontamentos sobre o Serviço Social na Saúde

O novo conceito de saúde, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1948, versa sobre a compreensão da saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças, evidenciando, portanto, aspectos biopsicossociais, que determinaram a requisição de diferentes profissionais para atuar na área, dentre eles, o assistente social.

De acordo com Bravo (2013), inicialmente o Serviço Social centrava sua atuação na área da saúde em “ações educativas”, voltadas para hábitos de higiene e saúde de sua “clientela”, buscando soluções práticas desvinculadas de um aporte teórico. Nesse sentido, a ação do assistente social surgia como instrumento de legitimação e controle do Estado, mediatizado por instituições de saúde.

[...] os assistentes sociais assumiram a conotação de controle ideológico da sociedade burguesa, sancionada pela Igreja, como componente essencial a vocação mística de um apostolado social, elemento básico da afirmação de seu projeto de recuperar o homem e recristianizar a sociedade (BRAVO, 2013 apud PINHEIRO, 2015, p. 7).

As mudanças sócio-históricas no contexto político brasileiro influenciaram o trabalho do assistente social na área da saúde, requerendo uma constante adequação do serviço ofertado pelos assistentes sociais, às exigências de cada período. No entanto, a partir da década de 1980, já sob a influência pelo materialismo histórico-dialético, que condiz com uma análise da totalidade considerando fatores sociais, políticos e econômicos e as contradições da sociedade capitalista o Serviço Social delineou uma postura crítica em relação à atuação profissional, período em que se iniciava a discussão e elaboração de seu projeto ético-político.

Nesse mesmo período o Brasil vivenciava intensas manifestações por mudanças políticas, econômicas e sociais, visto que se vivia o processo de redemocratização do país, enfrentando a ditadura cívico-militar, nesse escopo ganha destaque o Movimento de Reforma

Sanitária, que trazia como pauta de reivindicação da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Como reflexo das lutas e mobilizações sociais, no ano de 1986 é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que debateu a saúde como responsabilidade do conjunto das instituições governamentais e trouxe para a discussão a necessidade da formulação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Mas, mesmo diante dos avanços sociais e políticos conquistados nesse período, para Bravo (1996), o Serviço Social na área da saúde ainda demonstrava pouca alteração da prática institucional, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde”.

Com o amadurecimento teórico-metodológico e ético-político, atualmente se observa uma confluência entre os fundamentos teóricos e políticos do Movimento de Reforma Sanitária, com aqueles que orientam o Projeto Ético-político do Serviço Social que possui como perspectiva o “entendimento de que a garantia das condições de bem-estar físico, mental e social da coletividade tem como pressuposto inicial o Estado democrático de direito, mas não apenas” (CFESS, 2010, p.15).

Desse modo, o assistente social tem sido chamado a intervir na área da saúde numa perspectiva de integralidade, interdisciplinaridade, participação social e intersetorialidade. Costa (2018) chama atenção para as principais atividades desempenhadas pelo Serviço Social no campo da saúde, sendo elas: ações de caráter emergencial assistencial, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social.

Ainda de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) entre as competências necessárias ao exercício profissional está a “apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade” (p.35). Desse modo, a atuação profissional deve estar orientada para uma prática reflexiva, que oportunize aos usuários uma compreensão crítica sobre a realidade em que vivem e os direitos sociais que possuem.

O Serviço Social e a atuação nas Maternidades

Nas instituições hospitalares, em especial, nas maternidades, o nascimento se materializa por intermédio do trabalho de equipes multiprofissionais. Portanto, é nesse ambiente que os profissionais de saúde da atenção terciária, dentre os quais, assistentes

sociais, passam a atuar junto à gestante e ou puérpera usuária de substâncias psicoativas ou em situação de rua.

O documento elaborado pela equipe de Serviço Social da maternidade do Hospital Universitário - HU/UFSC/EBSERH com o intuito de sistematizar a atuação profissional, prevê um trabalho realizado de forma conjunta com a equipe interdisciplinar⁴, objetivando contribuir para a efetivação de um atendimento integral e de qualidade à mulher e sua família durante o processo de gestação, parto e puerpério.

Durante o atendimento, as assistentes sociais buscam identificar as necessidades socioassistenciais das gestantes, puérperas, recém-nascidos e família, no sentido de reconhecer, assegurar e ampliar direitos, numa ação articulada aos serviços de proteção social.

Ainda de acordo com o conteúdo disposto pela sistematização, a assistente social que atua no contexto da saúde da mulher, da criança e do adolescente “[...] necessita ter conhecimento sobre o conjunto de discussões referentes à temática, os programas e as legislações brasileiras, além do domínio da realidade e de seus indicadores locais e regionais, que desenham demandas à maternidade” (BAIGORRIA, BARCELOS, 2014, p.10).

No interior da rotina de trabalho do Serviço Social nas maternidades, são elencadas prioridades de atendimento, nas quais se encontram gestantes e puérperas usuárias de substâncias psicoativas e/ou em situação de rua.

Nos casos que envolvem o uso ou o histórico do uso de substâncias psicoativas, o trabalho é desenvolvido buscando a “articulação com a rede de apoio e de proteção social atendimento especializado às mulheres que manifestarem desejo de tratamento, com os órgãos de proteção, Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude, e medidas de proteção para o/a recém-nascido(a) em situações avaliadas como de risco iminente” (BAIGORRIA, BARCELOS, 2014, p. 46).

Já nos casos em que a gestante ou puérpera se encontra em situação de rua, é realizada a “orientação e encaminhamento aos serviços de referência, visando assegurar a proteção integral da mulher e da criança” (BAIGORRIA, BARCELOS, 2014, p. 46).

Logo, pensar a atuação da assistente social nas maternidades, especialmente no atendimento a essas mulheres, requer compreender as exigências legais implicadas nessas

⁴ A interdisciplinaridade vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise. As disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte. A sua complexidade consiste justamente na sua própria construção, que é impregnada por trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes. (MENDES, LEWGOY e SILVEIRA, 2008, p. 30).

situações. Assim, a comunicação e articulação com instituições como o Conselho Tutelar e o Juizado da Infância e da Juventude, ou seja, com o Sistema⁵ de Garantia de Direitos objetiva, acima de tudo, a garantia dos direitos e a proteção da criança e da mulher.

ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de organizar a reflexão dos dados coletados foram elencados dois eixos para a análise, a primeira delas referente ao acesso aos serviços da rede socioassistencial e a relação estabelecida com os órgãos de proteção. O segundo e último eixo abordará os condicionantes para o atendimento e a intervenção do Serviço Social.

Políticas Públicas voltadas para a mulher usuária de substâncias psicoativas ou em situação de rua

De acordo com o descrito na Nota Técnica conjunta do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Ministério da Saúde, nº 001/2016, que estabelece as diretrizes e fluxos para o atendimento às mulheres usuárias de substâncias psicoativas e/ou em situação de rua, o Estado é responsável pelo desenvolvimento de estratégias de mapeamento dos territórios e locais onde se observa situações e necessidades de saúde e de proteção social decorrentes dessas condições.

Para essa abordagem se prevê a ação conjunta pelo Serviço Especializado em Abordagem Social da Política de Assistência Social e pela Atenção Básica em Saúde.

Esse trabalho inicial, quando realizado, surge como espaço de identificação das demandas dessa mulher, de criação de vínculo e de reconhecimento da situação. No decorrer desse acompanhamento, se identificadas condições de vulnerabilidade, devem ser acionados os órgãos responsáveis para um acompanhamento sistemático, garantindo uma gravidez e parto saudáveis, evitando assim, a necessidade do rompimento do vínculo entre a mãe e a criança, após seu nascimento.

No entanto, a realidade versa sobre a existência de uma lacuna na oferta de políticas públicas destinadas a esse público, fato identificado pelo próprio documento acima citado, ao

⁵ O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente representa a articulação e integração entre os diversos atores do Estado e da sociedade civil na promoção, defesa e controle da efetivação dos direitos da infância e da adolescência previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Fazem parte do Sistema de Garantia os órgãos públicos do sistema judiciário; as polícias militar, civil e federal; os conselhos tutelares; as entidades de defesa de direitos humanos; os conselhos dos direitos de crianças e adolescentes e os diversos outros conselhos que atuam na discussão, formulação e controle de políticas públicas (ABRINQ, 2022).

expressar que, via de regra, as mulheres usuárias de substâncias psicoativas “encontram inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos”.

A política prevista para o atendimento de mulheres usuárias de substâncias psicoativas e/ou em situação de rua faz referência a espaços de acolhida para o binômio durante o período da gestação e após a alta hospitalar. Para esses espaços faz-se necessário que,

[...] além da proteção social e construção da autonomia, a metodologia do serviço também englobar questões relativas às necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas e ao fortalecimento do vínculo e do cuidado, possibilitando à mãe incluir no seu projeto de vida o seu papel de cuidado, proteção e afeto em relação ao(s) filho(s) e garantindo a proteção e o desenvolvimento saudável da criança. (MDS/MS, 2016, p.8)

Ao questionar as assistentes sociais a respeito do conhecimento de algum serviço de proteção social para mulheres e seus filhos(as) recém-nascidos(as) nesse contexto, as respostas evidenciaram a inexistência desse serviço. AS1⁶ verbaliza, “[...] *para o conjunto? Infelizmente não. Se existe no Brasil eu desconheço*”. Afirmção reforçada pela AS3 ao expor que “*é o mais complicado, normalmente não tem*”.

A dicotomia entre o preconizado e as vivências das maternidades, unidades de análise empírica deste estudo, permite o exercício reflexivo sobre a falta de interesse político para a execução de políticas públicas que se destinem a essa camada da população. Pode-se dizer que, efetivamente não existe um serviço que ofereça proteção social para esse público, conjuntura que expressa a falta de compreensão do uso de substâncias psicoativas como problema de saúde pública e a situação de rua como um dos reflexos das desigualdades sociais.

“*Existe uma política pública, mas ela não está acontecendo [...]*” é dessa forma que a AS4 encerra suas considerações a respeito das dificuldades de encaminhamentos para a mulher e seu bebê. Diante desse cenário, onde “*[...] o Estado não oferece condições para que essa mulher possa exercer esse cuidado, mas que é ela que é vista como a pessoa não protetiva, então a responsabilidade é diminuída e diluída numa única pessoa*” (AS1), o acolhimento institucional de crianças recém-nascidas, em direção oposta ao estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tem surgido como principal alternativa de “proteção e cuidado”.

Rosato (2017), reitera o uso do Estatuto como fundamento supostamente protetivo, ao afirmar que

[...] o acolhimento compulsório de bebês, filhos de mães usuárias de drogas, ocorre em diferentes Estados do país e vem ganhando força [...] Ministérios Públicos

⁶ Denominaremos as assistentes sociais participantes da pesquisa como AS1 e assim sucessivamente.

Estaduais e Varas de Infância e Juventude têm sido os principais protagonistas desse tipo de experiência de exceção, utilizando o ECA como instrumento legal que estaria garantindo a proteção desses bebês, frente à suas mães incapazes e, portanto, indignas de cuidado e exercício da maternidade (ROSATO, 2017, p.3).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) aponta a excepcionalidade da medida de acolhimento institucional, devendo esta ocorrer diante do esgotamento das possibilidades de manutenção dessa criança em ambiente seguro junto de sua família de origem, nuclear ou extensa. Além disso, salienta em seu art.23 que “a falta de recursos materiais, no caso de mulheres em situação de rua, não constitui motivo para a separação familiar”.

Ao abordar o tema, a Norma Técnica nº 001/2016, corroborada pelo Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito da Criança e do Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária - PNCFC e pelo ECA, compreende que a aplicação da medida protetiva de acolhimento só deve ocorrer após,

[...] criteriosa avaliação, realizada por equipe multidisciplinar, dos riscos a que está submetida a criança das condições da família para a superação das violações e provimento de proteção e cuidados, bem como os recursos e potencialidades da família extensa e da rede social de apoio (MDS/MS, 2016, p.4).

A afirmação supracitada esbarra na realidade institucional, que se configura num período curto de internação dessas usuárias e por isso, inadequado para a construção de uma análise crítica da realidade por elas vivenciada e igualmente não viabilizando a construção de vínculos que permitam qualificar o atendimento. Uma vez que, o atendimento nas maternidades acontece de forma muito pontual e diz respeito a um pequeno recorte da vida dessa mulher, materializado pelo nascimento de seu filho(a).

Atentando-se ainda ao fato de que o puerpério⁷ gera na mulher diferentes mudanças fisiológicas, emocionais e psicológicas, o atendimento de situações complexas como essas configura de acordo com AS3 “[...] *um desespero muito grande nessa mulher.*” Por isso, o acompanhamento contínuo pela rede de proteção social é tão importante.

O acompanhamento na atenção básica das Unidades Básicas de Saúde e na proteção social básica nos Centros de Referência de Assistência Social, agregados ao Sistema de Garantia de Direitos realizado de forma articulada, reduz as chances de que seja o hospital o primeiro serviço a realizar o acolhimento dessa mulher e conseqüentemente, identificar o uso de substâncias psicoativas e/ou a situação de rua. Torna-se importante ressaltar que,

⁷ Estado de alteração emocional essencial, provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas (BRASIL, 2005, p.36).

[...] não vai caber a nós uma avaliação dessas condições de o bebê permanecer com ela ou não [...] a decisão em si, ela não passa por nós [...], mas nós somos obrigadas a acionar o Conselho Tutelar e encaminhar o relato do que observamos em um ou dias para que ele tenha elementos para fazer essa avaliação. (AS1)

O encaminhamento dessas situações aos órgãos de proteção acontece visando a garantia dos direitos da criança, sendo o Conselho Tutelar o órgão encarregado, pela sociedade, de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Ao reforçar o papel da família no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente, o ECA propõe a articulação e integração de políticas públicas, voltadas à convivência familiar e comunitária. Nesse sentido, considerando a necessidade de um órgão municipal que representasse os interesses da sociedade civil em defesa à proteção dos direitos da criança e do adolescente, o ECA determina a obrigatoriedade da criação de Conselhos Tutelares.

Idealizado para prestar atendimento não jurisdicional à população infanto-juvenil, o trabalho do Conselho Tutelar, materializado pela figura do Conselheiro Tutelar, inicia a partir de uma demanda que representa “falhas” no trato para com a criança e/ou adolescente (GONÇALVES; BRITO, 2011). Assim, o Conselho Tutelar surge com a prerrogativa da realização de um trabalho voltado à proteção social, sobretudo, na aplicação de medidas protetivas de urgência.

Ao debater o papel do Conselho Tutelar nas decisões de acolhimento institucional de crianças recém-nascidas, filhos(as) de usuárias de substâncias psicoativas e/ou em situação de rua, as assistentes sociais manifestam a percepção da existência de uma desconformidade das intervenções realizadas por esse órgão. “*A gente tem várias experiências com o Conselho Tutelar, já percebi várias abordagens diferentes com essas puérperas*” (AS2).

Primordial para o encaminhamento e a articulação com os demais serviços da rede de proteção social, o Conselho Tutelar deve executar suas ações para que tanto a criança, como a família, recebam o suporte necessário das políticas públicas. Contudo, observa-se que muitas condutas ocorrem sem o estabelecimento de vínculos com as usuárias e desvinculado da realidade, causando, entre outros, a descredibilização do órgão, frente a rede e seus usuários.

[...] tem conselheiro que a gente consegue ver uma ação bem efetiva, que tenta conseguir vaga, tenta conversar com a pessoa, vem aqui. Porque às vezes eles nem vem aqui, então tem alguns que vem, que tentam conversar, abordar, que já conhecem, que ligam para a mãe, que tentam ver uma forma dessa pessoa permanecer acolhida em algum lugar com o seu bebê, outros sequer vem aqui, só informam que foi encaminhado para justiça e que é para aguardar a determinação

judicial (AS3).

A fala acima retrata a falta de capacitação do Conselho Tutelar para discutir e refletir o acolhimento institucional, e demonstra que a tomada de decisão parte de um posicionamento pessoal, que ocorre sem um fluxo de trabalho definido, com avaliações subjetivas e pessoalizadas, que muitas vezes desconsideram o impacto dessa decisão na vida dessas mulheres e seus filhos recém-nascidos. Logo, a prática do acolhimento institucional desses bebês, “se constitui como uma “nova” prática que retoma “antigas” lógicas de funcionamento, sem efetivamente avançar na garantia de direitos” (ROSATO, 2017, p.4).

Ainda que a decisão de um acolhimento seja de responsabilidade do Poder Judiciário, o fato de encaminhar os recém-nascidos para o acolhimento como uma primeira alternativa de garantir proteção, além de ser contrário ao previsto no ECA, não efetiva a garantia do direito desta mulher e desta criança de terem providas as condições de convivência.

O número elevado de demandas e a imediatividade das ações não permite uma análise técnica e aprofundada, fortalecendo o caráter policaresco e discriminatório que “decorrem de conceitos que, embora equivocados e ultrapassados, se encontram profundamente enraizados na mentalidade das pessoas” (DIGIÁCOMO, 2009, p. 1).

Para além da necessidade de revisitar as incumbências do Sistema de Garantia de Direitos, a discussão de sua prática nos leva ao entendimento de que quando se “[...] acolhe uma criança o problema não está resolvido. A gente continua com uma mulher em situação de vulnerabilidade social, a gente continua nessa questão sem o atendimento do uso, da dependência de substância e o acolhimento não resolve” AS3.

Por isso a importância de haver um serviço que vise a proteção do binômio,

[...] porque o uso não necessariamente é um motivo para destituir ou suspender ela do poder familiar, pode ser sim que seja necessário fazer a suspensão do poder familiar, mas destituir o poder familiar porque isso é uma questão judicial. Então quando o Conselho vem e acolhe uma criança a situação não está resolvida. Então isso não é um motivo para destituir o poder familiar dessa mulher que se encontra nessa situação, porque de fato, não vai resolver a situação (AS4).

Muitas vezes o atendimento do Serviço Social, ainda que realizado de forma circunstancial, identifica um cenário diferente daquele que é de conhecimento do Conselho Tutelar, o que de acordo com a AS1 implica em uma contradição a respeito da aplicação das medidas entre as partes, “[...] em muitas situações essa determinação inclusive se manifestou

contra o nosso entendimento [...]”.

Na visão das entrevistadas esse é o maior desafio do trabalho profissional, a impossibilidade de se considerar novas estratégias, do acionamento da rede de proteção e de compreensão dessa mulher também enquanto sujeito do processo. Para a AS1, não há dúvidas, “[...] *quando é mulher em situação de rua e ela permanece em situação de rua e nasce outra criança [...] nesses casos há pouco e eu ousou dizer nenhuma análise... ela continua na mesma situação, então a alternativa é acolher*”.

Dessa forma, em sentido contrário a sua proposição, a forma como as medidas de acolhimento institucional têm sido aplicadas, sem o devido apoio e acompanhamento, bem como uma avaliação minuciosa de cada situação, violam os direitos básicos das mulheres e “[...] *a gente acaba defendendo o direito do bebê, mas de alguma forma violando o direito dessa mãe, dessa pessoa [...] AS3*.”

Rosato (2018), corrobora essa compreensão quando afirma que o acolhimento institucional “constitui uma violação dos direitos reprodutivos dessas mulheres [...] que [...] não estão tendo nenhuma autonomia de decidir sobre seus corpos e seus filhos” (ROSATO, 2018, p.46).

Assim, o impedimento arbitrário do exercício da maternidade, somado às violações de direitos, corriqueiras no cotidiano de mulheres em situação de vulnerabilidade, naturaliza o ideário de que a “garantia” de um direito poderia justificar a violação de outro.

O atendimento do Serviço Social: desafios e potencialidades

Considerando que o trabalho do assistente social possui dentre as suas especificidades, o acesso aos direitos sociais do binômio mãe-bebê, se faz necessária a realização uma de uma reflexão sobre a maternidade e o uso de substâncias psicoativas e/ou a situação de rua em que essa mulher pode se encontrar, superando a imediatividade da ação profissional, sem conclusões precipitadas a respeito da realidade em que estão inseridos.

Iamamoto (2015), ao discorrer acerca da atuação profissional, caracteriza o assistente social como

[...] um dos agentes pelo qual o Estado intervém no espaço doméstico dos conflitos, presentes no cotidiano das relações sociais. [...] De um lado, a atuação do(a) assistente social pode representar uma “invasão da privacidade” através de condutas autoritárias e arbitrarias e burocráticas, como extensão do braço coercitivo do Estado. De outro lado, ao desvelar a vida dos indivíduos, pode, em contrapartida, abrir possibilidades para o acesso das famílias a recursos e serviços, além de

acumular um conjunto de informações sobre as expressões da questão social pela via do estudo social (IAMAMOTO, 2015, p. 428)

Ao retratar a identificação dessa usuária para atendimento nas maternidades, a AS1 expressa, “[...] a identificação ocorre externamente a nós e depois disso é que a gente passa a fazer o atendimento, [...] no atendimento é que a gente vai aprofundar e detalhar essa condição dessa mulher”.

Ainda a respeito do reconhecimento dessa usuária na instituição hospitalar como demanda prioritária de atendimento do Serviço Social, a AS2 relata: "Elas entram na nossa rotina como prioridade por apresentarem uma questão de risco, tanto para elas, quanto para os bebês”.

Cotidianamente se observa, pelas equipes de saúde, a prática do julgamento moral de mulheres em situações de uso abusivo de substâncias psicoativas e/ou situação de rua, considerando-a, antes de tudo, um risco para a criança e, reproduzindo um discurso taxativo da sua incapacidade de prover cuidados. Sobretudo, quando a “ideia de cuidado encontra-se revestida de moralidade relacionada ao exercício da maternidade, ou seja, diferentes modos de ser mãe não são aceitos, cerceando a liberdade e a autonomia dessas mulheres e seus corpos que desviam dos padrões vigentes [...] (ROSATO, 2018. p.228).

A AS1, corrobora com esse pensamento ao afirmar que,

[...] parece que a gente está dizendo que essa mulher é incapaz de cuidar da criança, mas a gente tenta muito sair dessa visão taxativa da mulher, mas [...], ela é uma pessoa que nesse momento, é possível que prejudique toda a possibilidade de uma atenção que o bebê vai necessitar enquanto recém-nascido. (AS1)

Nesse sentido, o Serviço Social,

[...] realiza uma abordagem direta a ela [...], a gente faz tentando conhecer o contexto de vida geral dessa mulher, como que está a situação dela de trabalho, de renda, familiar e de apoio principalmente; como é que está a relação dela com essa gestação e a partir disso a gente pergunta diretamente [...] como que é esse uso, se já faz há muito tempo, se faz diariamente, como é que foi esse durante a gestação (AS1).

A pesquisa identificou que a abordagem realizada surge como acolhimento, onde são identificados para além do contexto de vida, a existência de um acompanhamento pela rede de proteção social. Porém, poucas são as mulheres que estão inseridas nos serviços de proteção socioassistencial. Nas palavras da AS4:

“[...] é impressionante porque a gente vê uma situação de vulnerabilidade e se questiona: como essa mãe não foi acessada pelo serviço de proteção social? como ela não conseguiu chegar até um CRAS⁸? [...] são poucas que tem um acompanhamento sistemático em saúde.

A atuação do Serviço Social é permeada por desafios, que também se manifestam no trabalho desenvolvido com essas mulheres durante o seu período de internação, trazendo à tona reflexões sobre o trabalho profissional e sobre o desenho das políticas públicas em uma sociedade capitalista e patriarcal.

Conforme Montaña (2009), no campo das contradições que permeiam o exercício profissional, o Serviço Social atua em concordância com o papel que as sociedades patriarcais atribuem às mulheres, uma vez que,

[...] ele é contratado por uma categoria social com interesses específicos e demandando do assistente social funções determinadas, porém sua intervenção se desenvolve em torno da realidade de outra categoria social, com interesses geralmente contrários aos do contratante, e demandando outras funções (e opções) do profissional. Tal tensão, que marca a prática profissional do assistente social, se dá pelo fato de ele atuar profissionalmente entre os diferentes interesses [...] (MONTAÑO, 2009, p. 111)

Analisando a situação da mulher, agora mãe, usuária de substâncias psicoativas e/ou em situação de rua, o principal limite elencado pelas entrevistadas foi o não acesso, ainda enquanto gestante, aos serviços de proteção social, que vão servir como base para a atuação, uma vez que,

[...] o nosso trabalho como assistente social, ele é interventivo. Tem intervenção direta, mas ele tem base nas demais instituições. A nossa autonomia é relativa dentro da instituição, mas também em relação à própria natureza do nosso atendimento que é a questão social [...] são as políticas públicas que vão concretizar o serviço para que a gente possa encaminhar [...] a gente lida com esse limite por si só, do nosso trabalho, que vai depender que existam essas instituições e serviços que executores do direito, de fato (ASI).

Por conseguinte, a atuação profissional limitada, reflete o limite de acesso dessas mulheres aos serviços da rede de proteção social.

Mesmo diante de fatores limitantes, as assistentes sociais buscam esgotar, junto à usuária, todas as possibilidades para que se efetive o direito da criança em “ser criado e educado no seio de sua família” (art. 19, ECA). Mas, o dia a dia das maternidades revela que

⁸ O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios (MDS, 2009, p.9).

nos casos onde a família extensa não surge como rede de apoio e, portanto, indisponível para o cuidado, o acolhimento institucional surge como a "única" opção.

A ausência da família como rede de apoio como condicionamento para o acolhimento institucional, substancia a centralidade da família para o provimento do cuidado. Para Mioto (2010 apud Esping, 1991, p. 5), “a tendência familista defende a centralidade da família, apostando na capacidade imanente de cuidado e proteção, e, portanto, a política pública considera - na verdade insiste - em que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem estar de seus membros”.

Para além disso, a autora afirma ainda que a inclusão da família como responsável pelo cuidado “corresponde a uma menor provisão de bem-estar por parte do Estado”, sendo as políticas públicas fundadas na “premissa de que as necessidades dos cidadãos devem ser atendidas através do mercado e da família” (MIOTO, 2010, p. 57).

Na compreensão da AS1, o acolhimento institucional tem representado “[...] *uma solução imediatista e confortável para o Estado, que não precisa mover nenhuma outra política, nada*”. Sem se atentar ainda ao fato de que “[...] *essa criança também está perdendo o seu direito de ter a sua mãe, daquela que a gestou e que quer ficar com ela por perto*”.

Aliado às dificuldades de discussão dos casos com a rede socioassistencial e com o Conselho Tutelar e na dificuldade de realização de um exercício que possa trazer, para os próprios executores dessas determinações, diferentes aspectos para a análise, tem-se um tempo exíguo para a realização das intervenções, na medida em que dura cerca de dois, há três dias o período de internação. Esse é o período de tempo disponível para a definição de uma situação que, minimamente, deveria ter sido acompanhada durante nove meses, bem como evidenciado pela Nota Técnica 001/2016, de modo mais específico em seu item 23:

Quando se tornam gestantes, as mulheres [...] em situação de rua, assim como todas as outras mulheres, apresentam demandas de saúde importantes e mais específicas que precisam ser atendidas. Nesse escopo incluem-se: o acompanhamento da gestação por meio do pré-natal; a disponibilização de orientações sobre os cuidados necessários nessa fase; a vinculação ao local do parto [...] (MDS/MS, 2016, p.8).

Diante do seu nascimento e como parte integrante de um contexto complexo e de vulnerabilidades, a criança, assegurada pelos direitos fundamentais previstos pelo ECA, dispõe de primazia de atendimento e por isso, os encaminhamentos precisam ser realizados de maneira efetiva, prezando pelo seu pleno desenvolvimento e por condições dignas de existência.

No entanto, as decisões imediatistas culminam, em sua maioria, no acolhimento institucional, o que nos faz refletir e questionar: será que essa medida é mais apropriada para o bebê? E quais as estratégias têm sido pensadas para essa mulher, que deixa a maternidade sem o seu filho(a)?

A AS1 aponta que,

[...] essa proteção não é de qualidade, botar um bebê num abrigo...[...] não estamos dando uma proteção qualificada para esse bebê e estamos abandonando essa mulher completamente [...] a gente está violentando, a gente está adoecendo essa mulher ainda mais e talvez até empurrando ela mais ainda pra rua empurrando ela mais ainda para o uso abusivo da substância, uma condição dessa vai gerar consequências psicológicas muito fortes” (AS1)..

A respeito das inúmeras dificuldades que circundam o contexto do acolhimento institucional, o acompanhamento pela rede de proteção social surge como uma delas. Se esse acompanhamento não se dá durante a gestação, pouco acredita-se que será realizado após a alta hospitalar, mais uma vez pela inexistência de serviços especializados para o atendimento desse público.

Diante de uma decisão pela permanência do bebê com a genitora, o que o Estado irá ofertar para essa mulher? Ao discutir a temática, Rosato (2018), conclui que “essa mãe é interessante enquanto ainda tem esse bebê sob seu domínio; depois que o acolhimento institucional se efetivou, essa mulher é abandonada à própria sorte. Os cuidados ao bebê são garantidos, na medida em que ele é institucionalizado e essa mulher retorna para sua condição de vulnerabilidade sem qualquer assistência” (ROSATO, 2018, p.103).

O relato das assistentes sociais reforça a fragilidade desses encaminhamentos, “*não há uma continuidade, nem da nossa parte e talvez, como não há um serviço específico, não vai ter uma oportunidade de acompanhamento à mulher e ao bebê*” AS1.

De igual maneira, os encaminhamentos realizados não são acompanhados pelas assistentes sociais das maternidades, como bem exemplificado pela AS2 “*tu faz os encaminhamentos, todos os atendimentos e não sabe da efetividade daquilo pós alta [...]*”. Com o fim do período de internação, após a saída da mãe com a maternidade, junto ou não de seu filho(a) o vínculo se encerra.

Por outro lado, a atuação profissional nessas situações, mesmo pontual, possibilita discutir e pensar estratégias para um acompanhamento integral à essa mulher, bem como a realização de um trabalho em educação em saúde para as demais áreas de atuação, pois como bem exemplifica a AS4 “[...] *na equipe gente identifica a questão do preconceito e dos*

rótulos", quando na verdade essa mulher precisa ter seus direitos garantidos pela atuação do Estado, por meio da efetivação de políticas de proteção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado no decorrer deste artigo, o acolhimento institucional de crianças recém-nascidas, filhos(as) de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de substâncias psicoativas, têm retratado a realidade diária de violação de direitos, orquestrada por um Estado que propõe, cada vez mais, políticas públicas, num viés de controle, punição e enquadramento moral, em vez de políticas protetivas e de promoção da saúde.

Quando a família não tem seus direitos mínimos sociais assegurados pelo Estado para prover sua subsistência, ela fica mais vulnerável e acaba não dispondo de condições para prover seu sustento e a sobrevivência de seus membros, e dessa forma, torna-se vítima desse Estado repressor que intervém em sua dinâmica violando seus direitos fundamentais, os quais são inerentes a sua própria existência. (ANDRADE, et al, 2022, p.02).

Conforme os autores o Estado passa a ser punitivo, visto que impera a lógica de criminalização da pobreza, assim como a compreensão de que a família deve ser a única responsável por prover proteção e segurança. Desse modo, a omissão do Estado implica numa cobrança e responsabilização das famílias pelo cuidado, quando este não proporciona o acesso à políticas públicas que garantam a proteção social integral às famílias.

Dessa forma, o cotidiano das maternidades públicas do município de Florianópolis, retrata que mesmo diante da existência de uma Norma Técnica que aborda o fluxo e fluxograma para o atendimento integral a essas mulheres, a política de proteção social é, de fato, inexistente. Equitativamente, as alternativas de encaminhamentos para essa população, apresentam-se como escassas, reverberando sempre na responsabilização da família ou no acolhimento institucional da criança.

No que se refere a aplicação da medida de proteção, realizada pelo Conselho Tutelar assim como de todo o Sistema de Garantia de Direitos, identificamos a preconização ao "cuidado da criança", em detrimento da "incapacidade" da mulher de prover o cuidado, sem uma análise criteriosa da situação, tendo como parâmetros o histórico dessa mulher. Sendo, portanto, o acolhimento institucional, entendido como prática comum e corriqueira no que tange a esse público, de acordo com as entrevistas realizadas.

A falta de acompanhamento dessas mulheres durante o período gestacional e o atendimento realizado de maneira pontual nas instituições hospitalares, não oferece subsídios para uma atuação pautada em um atendimento integral e de garantia de direitos.

Em relação às mulheres, que expressam o desejo pelo tratamento da dependência química, o único atendimento em saúde ofertado pela rede socioassistencial acontece no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que em sua maioria não é bem aceito pelas mulheres. Além disso, há o direcionamento para Comunidades Terapêuticas, vinculadas a Organizações Não Governamentais (ONGS), que em sua maioria são coordenadas por instituições religiosas, onde as vagas são predominantemente para o público masculino.

Considerando os aspectos apontados pela pesquisa, pode-se afirmar que o binômio mãe-bebê, não tem sido respeitado resultando numa análise e em condutas profissionais que colocam os direitos da mãe em contraposição aos direitos da criança, e não em procedimentos que garantam os direitos de ambos conjuntamente.

Por fim, foi possível perceber que a medida protetiva de acolhimento institucional tem sido utilizada como justificativa, de um Estado violento e excludente, para retirar os bebês de supostas situações de risco. Entretanto, a separação familiar abrupta, ainda nas maternidades, surge como uma violação de direitos que acarreta outras violações, como, por exemplo, o não aleitamento materno, o impedimento da convivência familiar, a internação prolongada de recém-nascidos saudáveis, dentre outros.

As profissionais do Serviço Social, objetos desta pesquisa, apontam o descontentamento com a atuação profissional no contexto do acolhimento institucional, descrito por vezes como frustrante e adoecedor.

Para a AS1, enquanto profissional da saúde e assistente social, a falta de reflexão sobre todos os aspectos da vida da mulher, gera uma “[...] *imensa frustração*” (AS1), que refletem em questionamentos sobre a própria relevância da atuação nesses contextos. AS3 ao refletir sobre a prática profissional junto dessas mulheres, caracteriza-a como traumatizante, tanto para o binômio, quanto para as profissionais “[...] *é um dia que a gente também fica ruim*” (AS3).

Nesse sentido, mais do que impor a separação familiar arbitrária, é preciso pensar em maneiras de enfrentar as dificuldades estruturais que têm gerado essas situações, que revitimizam e penalizam essas mulheres.

REFERÊNCIAS

ABRINQ, Fundação. **Sistema de Garantia de Direitos**. Disponível em: [https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/sistema-garantia-direitos#:~:text=Fa zem%20parte%20do%20Sistema%20de,discuss%C3%A3o%2C%20formula%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20de](https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/sistema-garantia-direitos#:~:text=Fa%20parte%20do%20Sistema%20de,discuss%C3%A3o%2C%20formula%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20de). Acesso em: 06 dez. 2022.

ANDRADE, Patrícia; BEZERRA, Maria C. E.; FERREIRA, Jussara de M.; LIRA, Terçália S. Criminalização da Pobreza e Política de Atendimento às Crianças e Adolescentes no Brasil: uma reflexão necessária. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa-PR: UEPG, v. 22, p. 1-21, 2022.

BAIGORRIA; Judizeli. BARCELOS, Mariana Silveira. **Sistematização dos processos de trabalho do assistente social na Maternidade do Hospital Universitário**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2014. 79 p.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069**, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Centro de Referência de Assistência Social – CRAS – 1. ed.** – Brasília, 2009. 72 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 01, 10 de maio de 2016**. Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.**

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sóciohistóricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 06 de agosto de 2022

COUTINHO, Carolina; TOLEDO, Lidiane; BASTOS, Francisco Inácio. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil**. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019. 27 p. – (Textos para Discussão; n. 39)

DIGIÁCOMO, Murillo José. O Conselho Tutelar e a Medida de Abrigamento. **Revista Igualdade**, Paraná, v. 27, n. 1, p. 1-10, set. 2009.

FILEV, Renato. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias. In: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões**. São Paulo: FPA, 2015.

GIL, Carlos, A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, 6ª edição. São Paulo, Atlas, 2017.

GONÇALVES, Hebe Signorini; BRITO, Thiago Sandes de. Conselheiros Tutelares: um estudo acerca de suas representações e de suas práticas. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 56-77, 13 jul. 2011. EDIPUCRS.
<http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2011.1.9194>.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalba Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan/jun. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio. **Pesquisa social e teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petropolis: Vozes, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, Leny A. Bomfim. **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PINHEIRO, Ellana Barros. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: aspectos da intervenção profissional. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão. p. 1-10, ago. 2015.

ROSATO, Cássia Maria. O acolhimento institucional de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas: violência estatal contemporânea. In: **Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero: transformações, conexões e deslocamentos**, 13., 2017, Florianópolis, p.01-10.

ROSATO, Cássia Maria. A VIDA DAS MULHERES INFAMES: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua. 2018. 247 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

SILVA, Patrícia Lins da. MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: barreiras de acessibilidade em um caps ad. 2013. 50 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.