



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

STEFANNY BESERRA NUNES

**A ENTREGA PROTEGIDA DE BEBÊS EM DEBATE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA SOBRE O INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA EM
CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE
2023**

STEFANNY BESERRA NUNES

**A ENTREGA PROTEGIDA DE BEBÊS EM DEBATE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA SOBRE O INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA EM
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA.**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Thaisa Simplicio Carneiro Matias.

**CAMPINA GRANDE
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N972e Nunes, Stefanny Beserra.
A entrega protegida de bebês em debate [manuscrito] : Um relato de experiência sobre o Instituto de Saúde Elpidio de Almeida em Campina Grande - Paraíba / Stefanny Beserra Nunes. - 2023.
30 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.
"Orientação : Profa. Dra. Thaisa Simplicio Carneiro Matias , Departamento de Serviço Social - CCSA. "
1. Entrega protegida. 2. Direito de adoção. 3. Assistente Social. 4. Relato de experiência. 5. Adoção de bebês. I. Título
21. ed. CDD 362.7

STEFANNY BESERRA NUNES

A ENTREGA PROTEGIDA DE BEBÊS EM DEBATE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA SOBRE O INSTITUTO ELPÍDIO DE ALMEIDA EM CAMPINA
GRANDE - PARAÍBA.

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 16/03/2023.

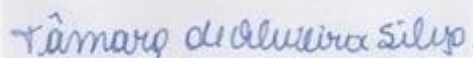
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Thaisa Simplício Carneiro Matias (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Me. Tâmara de Oliveira Silva
Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA)

À minha avó Maria Dalva Beserra (in memoriam), representação de ser humano íntegro e ético, DEDICO.

SUMÁRIO

1.	Introdução	08
2.	POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: RESGATE HISTÓRICO E CONTEXTO ATUAL	10
3.	ASPECTOS LEGAIS DA ADOÇÃO E ENTREGA PROTEGIDA: BREVES CONSIDERAÇÕES	15
3.1.1	Entrega Protegida em um Instituto de Saúde no município de Campina Grande (PB)	19
3.1.2	Apresentação e aspectos do campo de trabalho	19
3.1.2.1	Entrega legal no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): o relato de experiência.....	23
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	27

A ENTREGA PROTEGIDA DE BEBÊS EM DEBATE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA EM CAMPINA GRANDE – PB.

Stefanny Beserra Nunes¹

1

RESUMO

A entrega protegida de bebês para a adoção é um processo legal amparado pela Lei nº 13.509/2017. Embora recente, a prática existe há muito tempo e foi criada com a finalidade de oferecer um caminho ao abandono negligente. Mesmo envolta de tabus, a entrega protegida é um direito da mulher e da criança legalmente estabelecido, no qual, garante a proteção integral da criança e dá à gestante o direito ao acompanhamento psicossocial além do sigilo judicial, sem o risco de qualquer tipo de constrangimento ao realizar a entrega. Neste sentido, é de suma importância que haja o acolhimento multidisciplinar à gestante, bem como considerar o papel do(a) Assistente Social nesse processo. Sendo assim, este artigo trata-se de um relato de experiência de entrega protegida de bebês no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, em Campina Grande/PB, durante o período de estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social. Para a elaboração deste artigo fizemos o uso da pesquisa bibliográfica e documental, além da descrição da experiência vivenciada no período mencionado.

Palavras-chave: Entrega Protegida. Direito. Acolhimento. Assistente Social. Estágio.

ABSTRACT

The protected delivery of babies for adoption is a legal process supported by Law No. 13,509/2017. Although recent, the practice has existed for a long time and was created with the aim of offering a path to negligent abandonment. Even surrounded by taboos, protected delivery is a legally established right of women and children, in which it guarantees the full protection of the child and gives the pregnant woman the right to psychosocial follow-up in addition to judicial secrecy, without the risk of any kind of embarrassment. when making the delivery. In this sense, it is extremely important that there is a multidisciplinary reception for the pregnant woman, as well as considering the role of the Social Worker in this process. Therefore, this article is an experience report of protected delivery of babies at the Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, in Campina Grande/PB, during the period of mandatory supervised internship in Social Work. For the elaboration of this article we used bibliographical and documentary research, in addition to the description of the experience lived in the mentioned period.

Keywords: Secure Delivery. Right Reception. Social Worker. Internship.

¹ Discente da Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campus I. Email: sbeserranunes@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A entrega voluntária de crianças para adoção antes ou logo após o nascimento, caso seja manifestado o interesse pela mãe ou gestante, está estabelecida na Lei 13.509/2017 (BRASIL, 2017). Embora pouco conhecida pela população, a entrega protegida de crianças recém-nascidas é um processo legal que está previsto no Art. 19-A do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990), criado para oferecer um caminho ao abandono dessas crianças em lixeiras ou em locais que coloquem a vida desses bebês em risco; situações de adoção ilegal e aborto fora de casos previstos em lei².

Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, o Brasil registrou 2.734 entregas voluntárias por dia de 2020 a maio de 2022, segundo uma matéria publicada no Agência Brasil, em 08/08/2022³. Ademais, dados do Sistema Nacional de Acolhimento - SNA - registraram que em 2020 houveram 1.012 entregas voluntárias no Brasil, aumentando para 1.238 no ano de 2021. No ano de 2022, foram registradas 484 crianças entregues para adoção até o momento.

É importante ressaltar que tais dados demonstram que quando a gestante ou puérpera ao saber, entender e considerar a possibilidade de realizar a entrega da criança, há a preocupação na proteção desta criança, no lugar do abandono que pode colocar em risco a vida do bebê. Nota-se, portanto, que as mulheres compreendem que a entrega legal se configura uma alternativa segura e protegida, cuja prática é capaz de diminuir as estatísticas de crianças em situação de abandono.

Segundo Motta (2005) a principal causa para a entrega de um filho à adoção está relacionada às condições psicossociais da mulher. Com isso, é válido ressaltar que, embora concebendo a criança, muitas mulheres não têm condições de garantir o sustento da mesma. Dessa forma, as gestantes ou mães que manifestarem interesse na entrega voluntária dos recém-nascidos em qualquer hospital público, conselho tutelar, maternidades, devem ser encaminhadas à Vara da Infância e Juventude, a fim de receber o atendimento específico; de acordo com o artigo 13, parágrafo único da Lei 12.010⁴ (BRASIL, 2009).

Sendo assim, compreende-se que a entrega voluntária de crianças é uma ação legalmente instituída, de acordo com o sistema de garantia de direitos vigente. O abandono de filhos, por sua vez, configura crime. Cabe salientar que a lei garante o sigilo total à mulher grávida que faça a entrega voluntária. A finalidade é proteger a gestante que não tenha o desejo de ficar com a criança, garantindo que ela não seja responsabilizada após a decisão.

Considerando os dados e a relevância deste tema, a prefeitura municipal de Campina Grande, através do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida – ISEA

² De acordo com a Lei nº 2.848 do Código Penal, no artigo 128, o aborto legal é estabelecido mediante risco materno ou estupro.

³ Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2022-08/agencia-brasil-explica-o-que-e-entrega-voluntaria-de-criancas>. Acesso em 04 out. 2022.

⁴ Dispõe sobre adoção. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112010.htm Acesso em 06 out. 2022.

promoveu o programa Acolher. Tal programa tem por finalidade promover a entrega voluntária de recém-nascidos por gestantes que, após o parto, não desejam manter a convivência com seu filho; para evitar o abandono ou adoção irregular, resguardando a dignidade da pessoa humana e assegurando direitos. Sendo assim, a maternidade do ISEA realiza o acolhimento multidisciplinar e, caso seja manifestado o desejo de entrega, o processo é realizado de forma humanizada e legalizada.

Para tanto, faz-se necessário que os profissionais da rede socioassistencial, em especial o Assistente Social, sejam capacitados a fornecer e democratizar as informações necessárias deste direito, de forma que as mães ou gestantes sejam acolhidas e amparadas mediante a sua decisão de realizar a entrega do bebê, sem qualquer constrangimento.

Diante o exposto, o presente artigo tem como objetivo geral a análise de como é realizado o processo de entrega legal de bebês no ISEA de Campina Grande - Paraíba. Os objetivos específicos delimitaram-se em: desvelar o debate teórico político sobre a entrega voluntária enquanto um caminho ao não abandono de bebês, identificar como ocorre o acolhimento multidisciplinar à gestante ou mãe, explicar a importância do papel do Assistente Social no processo de entrega voluntária no ISEA e apresentar o relato de experiência vivenciado no estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social.

Fundamentado na teoria social crítica, o artigo foi elaborado através de pesquisas realizadas na literatura bibliográfica que contemplam a discussão da política de saúde, a saber: Paiva (2014), Paim (2011), Dantas (2017), Matos (2020); dentre outros. Ademais, também foi realizada uma pesquisa com base na literatura a fim de discutir sobre os aspectos legais da adoção e da entrega legal; assim, leis importantes também se encontram no presente artigo como forma de fundamentar a teoria escrita.

Também foi realizado um levantamento da Maternidade onde o estágio ocorreu, no objetivo de apresentar o campo no qual o relato de experiência seria apresentado. Por fim, foi realizada uma leitura de entendimento da realidade institucional e específica quanto aos casos de entrega protegida dentro da maternidade, relatando criticamente sob quais aspectos e procedimentos esta é realizada.

Esta temática despertou o nosso interesse ao ter observado demandas de mulheres que desejavam realizar a entrega de suas crianças, a partir das notificações encaminhadas à Vara da Infância e Juventude de Campina Grande; arquivadas no setor de Serviço Social do durante o nosso período de estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, entre Maio e Dezembro/2022.

Dessa forma, buscou-se compreender o processo sobre como este fenômeno se desenvolve e ao ter conhecimento de poucos estudos realizados dentro do Serviço Social com relação à entrega voluntária, além de poucas informações divulgadas quanto ao direito de entrega tanto da mãe como da criança. Assim, houve estímulo para delinear esta contribuição ao assunto, visto que há escassez de um debate contínuo a respeito da importância do(a) Assistente Social na democratização da informação no que se refere à entrega voluntária, uma vez que se trata de uma ratificação recente do ECA, na Lei 13.509/2017.

Diante do exposto e no decorrer dos últimos semestres da graduação, observou-se que não há uma aproximação do(a) Assistente Social inserido(a) na política de saúde, com essa temática. Entretanto, ao ingressar no estágio, pudemos

observar que há situações de entrega voluntária de crianças, embora seja uma legislação pouco conhecida enquanto um direito da mulher e da criança.

Diante disso, o presente estudo está estruturado em 4 itens, a fim de uma maior organização estrutural, a saber: o primeiro aborda sobre a política de saúde no Brasil considerando os processos históricos, sociais, políticos e econômicos, bem como a importância da articulação entre a política de saúde e o sociojurídico. O segundo capítulo aborda breves aspectos históricos sobre a adoção e entrega legais, considerando a evolução legislativa da adoção e os princípios que norteiam a entrega protegida, bem como a importância do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher.

O terceiro item aborda sobre o Instituto em tela. A Maternidade integra o Sistema Estadual de Referência Hospitalar, para atendimento à gestação de alto risco (conforme a portaria nº 1.502, de 18 de julho de 2014) e recebe gestantes de Campina Grande, e de mais 170 municípios circunvizinhos. Durante o estágio supervisionado, foram observados a estrutura física e organizacional do ISEA; além dos programas ofertados pela maternidade para as gestantes e puérperas.

O quarto item irá apresentar o relato de experiência durante o período de estágio supervisionado, no qual irá abordar sobre os procedimentos e fluxo de entrega protegida na instituição, bem como a vivência nos casos de entrega protegida acompanhados na maternidade. Por fim, tem-se as considerações finais e os elementos pós-textuais.

Tendo tais considerações como horizonte, faz-se necessário inicialmente um debate histórico e atual sobre a política de saúde, política dentro da qual o estágio fora realizado.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: RESGATE HISTÓRICO E CONTEXTO ATUAL

Ao considerar a esfera da política de saúde, é importante considerar as especificidades que a norteiam a partir dos aspectos históricos que direcionaram seu modelo de seguridade social. Nessa direção, inicialmente, cabe destacar que o sistema de saúde brasileiro, marcado historicamente por um modelo hospitalocêntrico de caráter curativista (SILVA; CALDEIRA, 2010) restringia a análise do processo saúde-doença à sua dimensão fisiológica, não considerando os aspectos biopsicossociais da saúde.

A partir da década de 1930, a sociedade brasileira experimentou mudanças. Conforme Bravo (2012), a redefinição do papel do Estado no processo de industrialização era fundamental para que respostas fossem dadas frente às demandas da população nas quais estavam inseridas as péssimas condições de trabalho, saúde e saneamento. Entretanto, as políticas sociais eram vistas em ações mínimas, assistemáticas, sem a intervenção estatal nos processos das relações entre o Estado e a sociedade (BEHRING; BOSSETTI, 2008). A política de saúde, por sua vez, foi concebida de tal forma ao ser tratada de maneira assistencialista, baseada apenas em exames preventivos e diminuição de epidemias.

[...] Até a promulgação da constituição, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem estar físico e mental. Esta compreensão contribuía para que o sistema fosse organizado para atender, em primeiro lugar, à procura das pessoas por assistência médica curativa. Havia, assim, uma predominância do atendimento médico individual hospitalar. As ações de saúde pública, ou seja, as chamadas ações

preventivas, de caráter coletivo, não eram prioridade neste período, a não ser em momentos críticos, como por exemplo quando a população era atingida por uma epidemia ou uma catástrofe. (BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação de Informação, Educação e Comunicação, p. 7).

Nessa perspectiva, ao considerar o sistema público de saúde no Brasil, o país vivia sob a dualidade da medicina previdenciária e saúde pública. Diante disso, na esfera da saúde, foi instaurado um sistema empresarial voltado, individualmente, aos trabalhadores urbanos na finalidade de modificar as Caixas de Aposentadorias e Pensões no Institutos de Aposentadorias e Pensões (SIMÕES, 2014). A saúde pública, portanto, passava por uma crise de recursos e estava destinada aos setores mais pobres da população quanto às tarefas de natureza preventiva, apoiadas pelo assistencialismo dos hospitais e dos profissionais de saúde; marcada por ações centralizadas, emergenciais e excludentes.

Considerando esse cenário, na década de 1964, houve o crescimento do setor privado via financiamento público, no qual o governo militar buscou incentivar a população quanto a ampliação privatista na política de saúde. Segundo Paiva e Teixeira (2014, p. 17):

[...] ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empresas. Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos.

Diante dessas circunstâncias, ao final da década de 1970, diversos trabalhadores e profissionais da saúde, ao mostrarem-se insatisfeitos com o sistema de saúde público brasileiro devido a mercantilização da medicina e o privilégio ao setor privado, engendram um movimento que prima pela saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Nesse cenário, surge a Reforma Sanitária que representou a criação de um novo arranjo para a saúde; singularizando a ruptura com as ideias e práticas individuais, assistencialistas, centralizadoras e especializadas de outrora ao trazer a saúde contemplada em seus diferentes aspectos enquanto um direito de todos. Conforme nos apresenta Paim (2008), a ideia do direito à saúde se difundiu como parte da cidadania e democratização do Estado:

[...] A consciência do direito à saúde ia sendo irradiada, progressivamente, para a população que passava a cobrar a sua garantia e a melhoria dos serviços. Dessa forma, estava lançado o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, legitimado e sistematizado na 8ª CNS e formalizado, posteriormente, na Assembleia Constituinte (PAIM, 2008, p. 102).

A Reforma Sanitária se caracterizou por mobilizações na esfera da saúde, para que - através de tensões no âmbito social - o Estado estabelecesse a saúde como direito amplo, coletivo, atendendo aos aspectos biopsicossociais. Assim, segundo os Parâmetros da Atuação do Assistente Social na Saúde (2009, p.19) a principal característica da Reforma Sanitária, além da concepção ampliada de saúde, era a democratização do acesso à saúde, a melhoria da qualidade dos serviços, interdisciplinaridade das ações, além de outros fundamentos. Em 1986, o

movimento da Reforma Sanitária brasileira teve o seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, apesar da forte oposição do setor privado, delineou e incorporou os princípios e diretrizes do (SUS). Nesta Conferência, a saúde, foi concebida como:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. [...] Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde)

Diante disso, a Constituição Federal de 1988 incorporou e preconizou o SUS como resposta ao movimento da Reforma Sanitária. O SUS, enquanto uma legislação institucionalizada no artigo 196, envolve todas as atividades de atenção à saúde, garantindo o direito de saúde no ordenamento jurídico, não sujeito à contribuição. Com isso, houve a criação da Lei Nº 8.080/1990 que regulamenta qualquer serviço de saúde e a Lei Nº 8.142/1990 que garante a participação da população na gestão do SUS. Classificado como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS é o resultado de um processo de lutas e esforços desenvolvidos por vários profissionais da saúde, usuários; caracterizando-o como um importante instrumento de democratização do Brasil.

Nessa perspectiva, o SUS representou avanços e conquistas na saúde de toda sociedade brasileira, firmando-se em três princípios. O princípio da universalidade, presente desde a concepção da saúde enquanto um direito de todos, independentemente da contribuição previdenciária. O princípio da equidade na perspectiva de contemplar as necessidades de saúde da sociedade tanto das pessoas com maior poder aquisitivo, quanto das pessoas com recursos limitados ou sem recursos. Por fim, o princípio da integralidade que tem por objetivo atender o indivíduo na sua forma singular e na sua completude, enquanto sujeito social. Ademais, outros elementos fazem parte da estrutura do SUS, como o controle social que tem por característica a democratização da gestão da política de saúde através da participação da sociedade; e a descentralização na qual caracteriza-se pelas necessidades da população do município; distribuindo os serviços de atenção à saúde de acordo com a proximidade com o indivíduo (SIMÕES, 2014).

Nesta medida, o SUS é responsável por uma produção de serviços de saúde, tais como: grande parte das vacinações realizadas no país, atendimento em Unidades Básicas de Saúde, exames de baixa e alta complexidade, transplantes, internações, campanhas de saúde; programas para pessoas com HIV/AIDS, tecnologia em informação, gestão, dentre outros.

Nota-se, portanto, que o SUS oferece um leque de serviços à toda população brasileira. Todavia, esse sistema vem sendo estrangulado com a precariedade de acesso aos serviços de saúde (como exemplo, as listas de espera para cirurgias, consultas; falta de atendimento e de médicos) que o difere em certa medida do setor privado, contribuindo para que as pessoas procurem serviços financiados para a obtenção de exames, cirurgias, consultas, dentre outros.

Nesse contexto, conforme Bravo (2012), embora note-se os avanços do SUS enquanto um sistema de saúde, público, bem estruturado na ideia de um sistema único com o objetivo de atender as necessidades de toda a população brasileira; as diretrizes do sistema não foram de fato postas em prática. Bravo (2012, p. 12) também explica que:

[...] as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.

É diante de um cenário de instabilidade econômica e proliferação do arranjo neoliberal que a Reforma Sanitária Brasileira tem seu processo flexibilizado e a Constituição Federal de 1988 é promulgada. Com isso, houve o retraimento dos movimentos progressistas e abriu-se espaço para que os investimentos públicos fossem direcionados ao setor privado. Nesse contexto, o SUS é implementado na década de 1990 e, embora apresente avanços, ainda sofre as conseqüências da reforma flexibilizada com um processo regressivo de direitos. De acordo com Paim et al (2011, p. 19):

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito por voto popular desde a ditadura militar, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente por corrupção. A descentralização aumentou e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF). Um novo plano de estabilização econômica (Plano Real) foi introduzido em 1994, trazendo políticas de ajuste macroeconômico e projetos de reforma do Estado. Fernando Henrique Cardoso foi eleito em 1994 (e reeleito em 1998), promovendo novos processos de ajuste macroeconômico e de privatização. Luiz Inácio Lula da Silva (eleito em 2002 e reeleito em 2006) manteve alguns aspectos da política econômica de seu antecessor, mas suspendeu as privatizações e, em seu segundo mandato, promoveu um programa desenvolvimentista. Ainda que a reforma sanitária tenha se tornado uma prioridade política secundária durante a década de 1990, foram lançadas várias iniciativas, como um programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, maiores esforços para o controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde.

Desta maneira, nota-se que desde 1990 o Brasil passa por um processo de contrarreformas do Estado (BEHRING, 2003) na qual, rebate sob as políticas sociais, atingindo a saúde pública; logo, é nesta mesma década que o movimento sanitário fica obscurecido (DANTAS, 2017). Assim, o projeto privatista, elucidado na ditadura militar, ganhou ainda mais força nas últimas décadas com a lógica neoliberal, ao atender as exigências da política estrutural no país.

Nesta medida, no governo de Fernando Henrique Cardoso, foram adotados alguns projetos neoliberais a exemplo do subfinanciamento e aumento da privatização dos serviços públicos, nas quais, mesmo durante o governo do Partido dos Trabalhadores (PT), não foram superadas.

Assim, as contrarreformas neoliberais iniciadas no Brasil na década de 1990, assumem aspectos mais extremos no contexto atual, com uma política ultraneoliberal em curso desde a crise capitalista de 2008, na qual tem conquistado espaço no país especialmente nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro. Segundo Antunes (2020, p.184):

[...] estamos vivendo um capitalismo acentuadamente destrutivo que é responsável por uma corrosão ilimitada dos direitos sociais do trabalho e que nos oferece como resultante uma massa imensa de indivíduos sem

trabalho, sem salário, sem previdência e sem sistema de saúde pública abrangente.

Com isso, as políticas sociais foram fragmentadas e subordinadas à lógica mercantilista (BRAVO et al MONNERAT, 2006). Portanto, embora durante o mandato do PT o orçamento para a política de saúde tenha se expandido, o governo não conseguiu romper com a lógica neoliberal de subfinanciamento, o que flexibilizou as bandeiras de luta da Reforma Sanitária Brasileira.

Neste cenário, com a destituição da ex-presidenta Dilma Rousseff a partir do golpe institucional no Brasil em 2016, destacou-se uma ofensiva neoliberal ainda maior no governo de Michel Temer no qual assumiu um posicionamento em favor da privatização da saúde. Nesse contexto, o SUS esteve entre o conflito de interesses na relação público-privado, não havendo a democratização ao acesso da saúde. Nesse contexto, a saúde que deveria ser universal e gratuita, foi utilizada enquanto meio de exploração à população na compra à exames, consultas, através dos planos de saúde e convênios privados. Soares (2018) explica que:

[...] o mercado privado da saúde, particularmente dos planos e operadoras de saúde, perdeu 3,1 milhões de usuários nos três últimos anos (CASEMIRO, 2018). Daí a necessidade de ampliação do mercado via institucionalização dos planos populares de saúde. Todavia, apesar da queda no número de usuários, o setor, em 2016, registrou um aumento de receita em 12% e de lucro líquido da ordem de 66%, segundo dados da ANS (CASEMIRO; CAVALCANTI, 2017). A estratégia das operadoras foi repassar a conta para o consumidor, principalmente o de contratos coletivos que chegaram a até 40%. Ademais, a própria ANS estipulou nos últimos 3 anos (2015-2016-2017) os maiores ajustes desde a sua criação, ficando em torno de 13,55%, bem acima da inflação, garantindo maior rentabilidade para o setor (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018).

Diante deste cenário, percebe-se o quanto a força do setor privado subtrai a natureza pública do SUS, o que impede que os princípios de universalidade e equidade se tornem de fato exercidos. Assim, o SUS apresenta diversos desafios, entre eles, a necessidade de uma reforma no seu sistema de financiamento a fim de que seja possível assegurar a universalidade e a equidade a longo prazo; uma vez que o serviço de saúde privado não está disponível a todos os cidadãos, não somente, a promoção do cuidado e da qualidade do serviço para com os usuários(as) apresenta-se como desafio. Nesse sentido, além dos desafios, há demandas a serem respondidas, fazendo necessário a atuação de profissionais qualificados para a atuação nas políticas de saúde, como é o caso do(a) Assistente Social.

Importa ressaltar ainda que desde o governo Temer e sobretudo no governo Bolsonaro (2018-2022), a contrarreforma do Estado vem crescendo de forma alarmante. Sendo assim, à medida em que a racionalidade burguesa ganha espaço, a política de saúde é instrumentalizada para o benefício dos interesses no setor privado, enfraquecendo os princípios do SUS (SOARES, 2020).

Este cenário de instabilidade e retrocesso nas políticas sociais, sobretudo na política de saúde, evidencia o recrudescimento do neoliberalismo expresso em privatização do público, patrimonialismo e autoridade severa na sociedade e no Estado. Nesta direção, o governo Temer adotou medidas nas quais promoveram e

ainda promovem o desmonte das políticas sociais. Com efeito, atualmente, com ainda mais ênfase, pode-se testemunhar a privatização e desestruturação do SUS.

Diante disso, conforme Matos (2021), mesmo o governo de Temer sendo a curto prazo, foi pavimentado o caminho que o governo de Jair Messias Bolsonaro iria trilhar. Com isso, o governo Bolsonaro aprofundou a precarização e o subfinanciamento do SUS, que enfrenta ataques desde a sua origem.

Cabe salientar, ainda, que, durante a pandemia da covid-19, iniciada em 25 de fevereiro de 2020 até os dias correntes, com mais de 660.000 óbitos notificados, houve um relaxamento quanto à gravidade da doença, além de uma relativização quanto à sua letalidade. De forma não sábia e severa, o ex-presidente Bolsonaro negou, em prática e discurso, o uso de máscaras e distanciamento social, além de não considerar as autoridades da saúde quanto à importância da vacina; corroborando para uma ausência de política de enfrentamento à Covid-19 no país (MATOS, 2020).

Diante desse contexto, a crise sanitária gerada pelo coronavírus, ao mesmo tempo em que expressa a precariedade da saúde pública, dá visibilidade para a importância do SUS como política pública de saúde (MATOS, 2020). Este, por sua vez, mostrou a sua eficiência enquanto um sistema de saúde público, gratuito e universal; no qual, durante o momento de pandemia, precisou expandir a rede de assistência para dar respostas à população brasileira.

Tal expansão foi expressa em testes rápidos, fornecimento de medicamentos, aperfeiçoamentos em parceria com universidades públicas, implantação de centros operacionais, ampliação do corpo clínico e dos serviços de urgência e emergência, vacinas (primeira e segunda dose, além das doses de reforço), dentre outros. Os serviços do setor em tela, mostram a resistente estrutura de acolhimento do SUS que ganhou destaque na mídia à nível internacional.

Cabe destacar que a saúde, enquanto um fenômeno ampliado, depende da integração de que é produzida nos diferentes sujeitos, à saber: condições de trabalho, de vida, sociedade, meio ambiente. Diante disso, é importante considerar a efetivação da saúde como uma sucessão de ações intersetoriais (BUSS, 2000).

Para Raichelis (2000), a intersetorialidade expande abordagens de problemáticas sociais em seu caráter multidimensional, enquanto uma estratégia que contribui para a efetivação da assistência à saúde, em sua forma integral. Sendo assim, para o Serviço Social, é no contexto das relações transversais entre os(as) profissionais que isto ocorre.

Com isso, importa ressaltar que a política de saúde deve estar em articulação intersetorial, objetivando contribuir para a garantia dos direitos sociais dos usuários do SUS, de acordo com as demandas sociais postas numa perspectiva de integralidade. De acordo com Fernanda Schutz (2009, p. 20):

[...] a possibilidade de uma nova forma de abordagem das necessidades da população, pautada na complementariedade de setores, na perspectiva da superação da fragmentação. Nesta lógica, as necessidades da população são vislumbradas e atendidas em sua totalidade, ou seja, em suas diversas dimensões.

Diante do exposto, considera-se a importância da intersetorialidade na política de saúde com o setor judiciário, como na entrega voluntária, tema sobre o qual versaremos a seguir.

3 ASPECTOS LEGAIS DA ADOÇÃO E ENTREGA PROTEGIDA: BREVES CONSIDERAÇÕES

No Brasil, a adoção não era regulamentada juridicamente, entretanto, com o Código Civil de 1916, surge a legislação referente à adoção, promulgada através da Lei nº 3.071/1916. Antes do século XX, a prática da adoção era permitida para casais que não possuíam filhos biológicos por meio da entrega de alguma criança que fora deixada na Roda dos Expostos⁵:

O nome da roda provém do dispositivo onde se colocavam os bebês que se queriam abandonar. Sua forma cilíndrica, dividida ao meio por uma divisória, era fixada no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior e em sua abertura externa, o expositor depositava a criancinha que enjeitava. A seguir, ele girava a roda e a criança já estava do outro lado do muro. Puxava-se uma cordinha com uma sineta para avisar a vigilante ou rodeira que um bebe acabava de ser abandonado e o expositor furtivamente retirava-se do local, sem ser identificado. (MARCILIO, 2016, p. 55).

Segundo Valdez (2004), os chamamentos da roda dos “expostos”, “enjeitados”, era o que caracterizava a condição das crianças que ali eram colocadas. Não somente, a Roda dos Expostos servia como estímulo para que os bebês não tivessem suas vidas em risco de abandono. Cabe ainda salientar que essa roda garantia o anonimato da mãe que entregasse o seu filho, não os deixando nas casas de família ou em igrejas, como era costume da época.

Conforme explica Marcílio (2016), muitas crianças eram praticamente condenadas à morte pela forma na qual eram abandonadas em estradas, lixos, praias; quando não abandonadas nas portas de “famílias criadeiras” (VENÂNCIO, 2017).

Diante disso, a roda dos expostos servia como uma alternativa ao problema social do abandono e da mortalidade de crianças. Cabe ressaltar ainda que, as Santas Casas de Misericórdia exerceram papel fundamental no acolhimento e assistência às crianças deixadas na roda dos expostos. Nelas, haviam amas de leite e amas de criação destinadas às crianças, na finalidade de prestar os primeiros cuidados ao bebê que era acolhido na Santa Casa de Misericórdia por meio da roda dos expostos. (COSATI, 2018).

No início do século XX, entidades de acolhimento institucional foram criadas, nas quais crianças que estavam em risco de vulnerabilidade foram acolhidas. Não somente, é nesta mesma década que as primeiras políticas de proteção à criança surgem, sendo a primeira voltada para a legislação sobre adoção. Contudo, embora a adoção tenha ganho relevância jurídica através do Código de 1916, os moldes nos quais a adoção seria realizada eram quase impraticáveis. De acordo com Gonçalves (2017, p. 343):

O Código Civil de 1916, disciplinou a adoção com base nos princípios romanos, como instituição destinada a proporcionar a continuidade da família [...] a adoção só era permitida aos maiores de 50 anos, sem prole legítima ou legitimada, pressupondo-se que, nessa idade, era grande a probabilidade de não virem a tê-la.

⁵ A Roda dos Expostos surgiu na idade média nos mosteiros e conventos medievais e tinha por finalidade o não abandono de bebês nas casas de família ou na porta de igrejas (MÉRGAR, 2019).

Dessa maneira, o fato do Código Civil de 1916, em seu artigo 368, ter estabelecido a idade mínima de cinquenta anos ao adotante, gerou uma dificuldade para que a adoção alcançasse um destaque na sociedade. Sendo assim, mudanças legislativas foram realizadas; a principal delas estava no foco da adoção, passando a ser no adotando, de forma a visar a situação da criança ou adolescente. Conforme Granato (2012, p.29-30) afirma:

A adoção, como hoje é entendida, não consiste em ‘ter pena’ de uma criança ou resolver situação de casais em conflito, ou remédio para a esterilidade, ou, ainda, conforto para a solidão. O que se pretende com a adoção é atender às reais necessidades da criança, dando-lhe uma família, onde ela se sinta acolhida, protegida, segura e amada. É bom que se reflita que existe um processo, um desafio permanente e necessidade de constante reflexão sobre o tema. [...]. Para a corrente institucionalista, a adoção é um instituto de ordem pública, de profundo interesse do Estado, que teve origem na própria realidade social; não foi criada pela lei e sim regulamentada pelo direito positivo, em função da realidade existente.

Assim, tomando como norte o ano de 1990, o ECA consistiu numa nova Lei acerca da adoção, na qual trouxe modificações e alterações a leis anteriores e regulamentou os procedimentos de adoção, mudando o cenário de muitas genitoras que nutriam o desejo de entregar seu recém-nascido. Assim, a Lei da Adoção, de nº 12.010/2009, acrescentou o parágrafo único no artigo 13; reunindo os procedimentos de adoção, revogando os artigos do Código Civil e trouxe, especialmente, a possibilidade de uma gestante entregar seu filho para adoção.

A Entrega Protegida, portanto, é um direito previsto em lei para todas as mulheres que desejem entregar seu bebê para a adoção, de forma legal, por meio do procedimento estabelecido no ECA e de fluxos determinados pela comarca de cada estado. Assim, a mulher que tem o desejo de realizar a entrega, pode expressá-lo a qualquer órgão – seja ele público, filantrópico ou privado – tais como: Hospitais, Maternidades, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), Conselhos Tutelares, órgãos de defesa e proteção dos direitos da mulher; dentre outros.

Neste sentido, a Lei nº 12.010/2009 em seu artigo 19-A estabelece que “a gestante ou mãe que manifeste interesse em entregar seu filho para adoção, antes ou logo após o nascimento, será encaminhada à Justiça da Infância e da Juventude” (BRASIL, 2017). Desde logo, observa-se que a mulher deve ser obrigatoriamente encaminhada à Vara da Infância e Juventude da Comarca para a formalização do processo.

Não obstante, cabe lembrar que a Lei nº 13. 509/2017, alterou a lei anterior no ECA, estabelecendo que, além da mãe ter o direito de entregar a criança voluntariamente à adoção, ela pode realizá-la “sem constrangimento”, isto é, sem discriminação, censura ou preconceito pela intenção de entregar a criança recém-nascida. Portanto, a inserção do termo “sem constrangimento” tem como objetivo evitar intervenções inadequadas por parte da equipe que atua na Rede de Proteção, tais como: questionar a decisão da mulher em fazer a entrega, coagir para que ela mude de ideia e fique com a criança ou pressionar para que desista da sua escolha (ALVES, 2011).

Nesta medida, se a mulher decidir entregar a criança para a adoção, seja por falta de apoio familiar, razões econômicas, ausência de parceiros, gravidez não

planejada e indesejada, dentre outros, é dever do Estado - por meio da rede de proteção - garantir que essa entrega seja realizada.

Importa ressaltar que a entrega voluntária de crianças ainda é um tabu que veste as mães de uma mancha carregada de preconceitos, julgamentos e constrangimentos. Como aponta Kreuz (2012, p. 111):

Não se pode confundir o ato de entrega voluntária de um filho para fins de adoção com o abandono. Infelizmente, estas mães, muitas vezes, acabam sendo vítimas de discriminação, de preconceitos, incompreensões, censuras, julgamentos morais e até de exclusão social.

No dicionário da língua portuguesa, abandonar significa “deixar ao desamparo”. Em contrapartida, entregar significa “pôr à guarda ou proteção de” (MICHAELLIS, 2015). Percebe-se então que, os casos de abandono representam a falta de preservação da vida da criança; já no ato de entrega, a gestante expressa sua intenção de que o bebê permaneça vivo sob os cuidados de outrem. Sendo assim, a entrega protegida de bebês consiste em um direito de escolha da mulher. Logo, jamais este direito poderá ser considerado ou confundido com abandono.

Observa-se, portanto, que a mulher que opta pela entrega protegida não poderá sofrer qualquer forma de constrangimento por meio de falas que a julguem e a tratem como irresponsável, criminosa ou incapaz, uma vez que é um direito estabelecido por lei. Antes, ela deve ser ouvida com atenção e respeito, além de ser orientada sobre os próximos passos.

Sendo assim, sabendo que a Entrega Protegida é um direito da criança e direito da mulher, a Constituição Federal em seu artigo 227, caput, deixa expresso o verdadeiro princípio intuitivo, na garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Constituição Federal de 1988, Capítulo VII – Da família, da criança, do adolescente e do idoso).

Cabe ainda salientar que, nos artigos 7º e 8º da Lei nº 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reza que é obrigação do Estado garantir o desenvolvimento íntegro e sadio do nascituro bem como o direito da sua genitora em realizar pré e perinatal gratuitamente:

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

Art. 8 - É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

É importante destacar que a mulher que opta pela realização da entrega do bebê através da Lei nº 13.509/17 além de estabelecer o fluxo psicossocial para uma entrega protegida e segura em adoção, garante às gestantes a devida proteção à sua intimidade e privacidade. Portanto, é garantido à gestante o sigilo sobre o nascimento, na qual têm o direito de não o comunicar a seus familiares, assim como de não dizer quem é o pai da criança. (art. 19-A, §§4º e 8º, e art. 166, §3º, do ECA).

Ao basear-se na concepção de saúde ampliada, pode-se destacar a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Tal política reúne ações voltadas à promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde; objetivando ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral da saúde da mulher no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Assim, temos que:

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2014, p. 16-17).

Diante disso, as qualidades da atenção em saúde são imprescindíveis para que haja o fortalecimento na capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas. Portanto, percebe-se a importância da política de saúde no que tange à saúde da mulher contemplada em seus aspectos biopsicossociais. É neste contexto que o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, localizado no município de Campina Grande – PB, incorpora o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de saúde, na qual considera-se o contexto de vida, bem como a singularidade de suas condições enquanto sujeito de direito responsável por suas escolhas.

3.1.1 Entrega Protegida em um Instituto de Saúde no município de Campina Grande (PB)

3.1.2 Apresentação e aspectos do campo de trabalho

Campina Grande (PB) é um município fundado em 1864, localizado no Estado da Paraíba, com cerca de 413.830 habitantes, segundo dados do IBGE (2021). A cidade é considerada um dos principais pólos industriais do Nordeste pelo seu protagonismo na área tecnológica, científica e cultural. Atualmente, a cidade é administrada pelo prefeito Bruno Cunha Lima e conta com oito secretários na gestão. O município de Campina Grande dispõe de uma rede de saúde composta por 112 estabelecimentos de saúde do SUS, conforme os dados do IBGE (2009).

O Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, mais conhecido como ISEA, está incluído nesta rede hospitalar e fica localizado no centro da cidade de Campina Grande - Paraíba, no endereço Vila Nova da Rainha. O ISEA foi fundado em 05 de Agosto de 1951, no governo de José Américo de Almeida e recebeu este nome em homenagem ao fundador da Maternidade e ex-prefeito municipal Elpídio Josué de Almeida.

Em uma entrevista cedida ao Programa Diversidade⁶, o historiador Vanderley de Brito alega que, em seu projeto de governo, Elpídio de Almeida já idealizava a construção de uma maternidade, e nos documentos antigos constam que ele fazia solicitações a órgãos federais para que verbas fossem alcançadas a fim de construir a instituição. Nessa época de inovação e construção da Maternidade, o município de Campina Grande foi se metropolizando; pois até então a cidade atendia apenas aos interesses do município. Entretanto, com a construção de uma Maternidade de alto porte, mulheres de cidades circunvizinhas puderam ter a oportunidade de atendimento.

A Maternidade do ISEA desde o ano 2013 recebe a premiação de Hospital Amigo da Criança conferida pelo Ministério da Saúde. Esta premiação é o que comprova que a maternidade atende todas as estratégias de promoção, proteção e humanização à saúde da criança e da mulher no âmbito do SUS. Com isso, o ISEA atende com excelência às requisições de um Hospital Amigo da Criança por ter uma política de aleitamento materno na qual é transmitida à equipe os cuidados de saúde, no auxílio às mães na amamentação e na orientação sobre a importância da mesma, no cuidado em evitar riscos à saúde da criança em não oferecer bicos artificiais (chupetas, mamadeiras) a bebês amamentados. Não obstante, a Maternidade se configura como Hospital Amigo da Criança por assegurar a presença dos pais da criança no local onde o bebê estiver, garantindo assistência humanizada e qualificada às mães e aos bebês.

O ISEA também se configura como Hospital Amigo da Mulher (a premiação ocorre sempre no mês de maio, na semana do dia 28, quando se comemora o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna) por respeitar e incentivar as mulheres para que elas tenham a presença de acompanhantes⁷ de sua escolha para lhes fornecer apoio físico e/ou emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto se o desejarem. Cabe ressaltar ainda que a Maternidade é reconhecida como Hospital Amigo da Mulher por assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos (como exemplo, a episiotomia⁸, indução de parto, cesarianas, etc) a menos que evite maiores danos e a mulher seja esclarecida quanto ao assunto.

Além disso, o acompanhante dos usuários precisa estar na faixa etária entre 18 e 60 anos, gozando de plena saúde física e mental. Ademais, não é permitido na maternidade acompanhante menor de idade, outra gestante, pessoas com algum tipo de comorbidade (hipertensão arterial, diabetes, ou qualquer outra que demande cuidados especiais). Com setenta anos de história, a instituição em tela é a única maternidade pública referência em gestação de alto risco e, além de Campina Grande, atende mais 170 municípios da Paraíba; além de receber gestantes de outras cidades.

Quanto aos recursos humanos, a instituição é composta por mais de 700 funcionários. Em sua estrutura organizacional, o ISEA é composto por diversos profissionais como diretor geral, diretor administrativo, recepcionistas, maqueiros, vigilantes, secretárias, nutricionistas, médicos (Ginecologista, Obstetra, Pediatra, Endocrinologista, Cardiologista), enfermeiros, técnicos de enfermagem/laboratório e

⁶ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=V94t7tBoY2c>

⁷ A Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005) ficou conhecida como a Lei do Acompanhante. Esta, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

⁸ De acordo com Costa e Souza (2009), a episiotomia é definida como uma ampliação cirúrgica do orifício vulvo-vaginal feita durante o segundo período do parto.

raio X, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares de cozinha, equipe de serviços gerais (manutenção, limpeza), seguranças; que trabalham em conjunto para o funcionamento da maternidade e atendimentos aos pacientes. Não somente, na estrutura organizacional da Maternidade há a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Núcleo de Educação Permanente (NUPEP).

Sua estrutura física é composta por 126 leitos, UTI semi-intensiva Dr. José Juraci Albuquerque Gouveia, inaugurada dia 15 de Outubro de 2021 no governo de Bruno Cunha Lima (Partido Social Democrático) composta por com 10 leitos neonatais com incubadoras, monitores, respiradores e bombas de infusão, UTI Neonatal com 12 leitos, UTI Materna com 5 leitos, setor de alto risco com 18 leitos; cada enfermaria possui 6 leitos, 4 leitos no setor medicação, 2 leitos na sala de parto normal; Banco de Leite Humano Dr. Virgílio Brasileiro (na perspectiva de fortalecer a Política de Aleitamento Materno, orientando, conscientizando e incentivando a amamentação, que entre outros benefícios, diminui a mortalidade infantil; a equipe do BLH realiza coleta semanalmente das doações de leite humano feitos por mães doadoras para os bebês que necessitam), Casa da gestante, do bebê e da puérpera inaugurada em 11 de Março de 2016 no governo de Romero Rodrigues (Partido Social Cristão), o local é assistido por 6 técnicas de enfermagem e 2 fisioterapeutas e dispõe de espaço de descanso, lazer, ordenha; a Casa da Gestante, do bebê e da puérpera é um suporte para as mulheres das cidades circunvizinhas que estão fragilizadas devido aos seus bebês estarem em UTI).

Ademais, o ISEA conta com outros setores como o Centro de Parto Normal (CPN) - o primeiro habilitado pelo Ministério da Saúde em 2019 da região Norte e Nordeste - comporta 5 leitos (suítes PPP's: pré-parto, parto e pós-parto) que dispõem de cama PPP, poltrona para acompanhante, bolas suíças, cadeira obstétrica para a estimulação pélvica, banheiro (apenas uma suíte dispõe) e banheira aquecida, onde as gestantes sem risco habitual são acompanhadas por doulas⁹ e enfermeiras obstétricas, que podem ficar no local durante o parto e o pós parto na sua suíte, sem precisar ser deslocada; a gestante fica no CPN até a sua alta.

O CPN voltou ao seu funcionamento habitual após ser totalmente desinfetado, regularizado para suas atividades de assistência a partos de baixo risco, para a qual foi concebido (REHUNA, 2020). Não somente o ISEA possui o setor "Ala das Flores" local onde a mulher fica com o bebê no alojamento conjunto para criar vínculo, com direito a 1 acompanhante; o setor Canguru¹⁰ que tem como objetivo de beneficiar mães e bebês prematuros, ao estabelecer um maior vínculo entre a mãe e ao bebê, promovendo um melhor desenvolvimento do recém-nascido através do controle térmico, além de fortalecer o estímulo sensorial do prematuro. Na sua estrutura, a maternidade também conta com salas de repouso, farmácia, raio

⁹ De acordo com Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005), Doula é uma palavra de origem grega no qual significa "mulher que serve a outra mulher". Nos dias atuais, refere-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto; prestando orientações, estimulando-as, encorajando-as, etc.

¹⁰ Conforme o Ministério da Saúde, o Método Canguru ou Método Mãe Canguru é um tipo de assistência neonatal dirigida aos bebês de baixo peso, bem como à mãe do recém-nascido. O Método Canguru implica o contato pele a pele entre a mãe e o bebê, com vistas ao aprimoramento à atenção perinatal, bem como orientar sobre a importância da família neste processo. Para saber mais sobre a resolução, acesse: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html

X, epidemiologia, laboratório de análises clínicas, setor administrativo, ouvidoria, dentre outros.

No ISEA, além dos atendimentos de parto e emergências obstétricas e ginecológicas, outros serviços de saúde são oferecidos baseados no princípio do SUS, tais como: planejamento familiar, atendimento para as puérperas, incentivo ao uso de métodos contraceptivos, em especial, preservativos, vasectomia e laqueadura. Ademais, a instituição além de realizar 600 partos por mês (REHUNA, 2019), oferece programas de assistência ao bebê como o teste da orelhinha, teste do pezinho (realizado entre o 3º e 5º dia de vida, que permite identificar doenças como o hipotireodismo congênito, doença falciforme, etc), cartório para registro civil do recém-nascido onde os bebês já saem da maternidade com o registro obtido de forma gratuita, bem como o seu Cartão Nacional de Saúde. Não obstante, a Maternidade dispõe de diversos programas destinados às mulheres, a saber:

- Núcleo de Prevenção à Violência Sexual (o Isea é uma maternidade de referência para as mulheres vítimas de violência sexual. A vítima pode espontaneamente ir até o serviço de saúde ou ser encaminhada por qualquer serviço da rede);
- Projeto Colo para Mãe (destinado às mães atípicas¹¹ na perspectiva de assistência psicológica e social para aquelas que tiveram seus filhos diagnosticados com deficiência ainda na gestação);
- Projeto de Humanização de Assistência ao Parto (que dispõe do plano de parto com vistas à humanização da assistência, no objetivo de assegurar qualidade ao atender as escolhas definidas pela a gestante);
- Projeto Acolher (o ISEA é porta de entrada para entrega de bebês voluntários, isto é, a mulher gestante que deseja entregar a criança para adoção tem o direito de fazê-la após o parto, diretamente na maternidade, na qual irá dispor de acompanhamento e acolhimento da decisão dessa mulher. Sendo assim, de maneira humanizada e sigilosa, a equipe multiprofissional de Serviço Social e Psicologia acolhe a mãe doadora, oferecendo-a suporte social e emocional. Esse serviço é prestado pela Maternidade do ISEA junto à Vara da Infância e da Juventude de Campina Grande - PB; no objetivo de realizar o que é estabelecido no artigo 19-A do ECA.

3.1.2.1 Entrega legal no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): o relato de experiência

¹¹ Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, a palavra “atípica” refere-se àquilo que se afasta do que é comum, do que é típico. Sendo assim, a expressão “mãe atípica” destina-se às mães cujos filhos têm um desenvolvimento que foge do típico, do comum, do modelo considerado normal.

Segundo Minayo (2001), só é possível compreender a realidade social a partir da aproximação. Com isso, baseado em uma concepção de que a formação profissional também se desenvolve nos espaços ocupacionais onde atuam os Assistentes Sociais, é importante compreender o estágio enquanto um momento de inserção na realidade profissional, de forma a estimular reflexões sobre a formação acadêmica e sobre a intervenção na área. Sendo assim, pensar a formação com base no estágio supervisionado suscita compreendê-lo enquanto um componente importante da formação profissional em Serviço Social. Não somente, cabe entendê-lo enquanto um instrumento fundamental na formação da análise crítica, capacidade interventiva, propositiva e investigativa do estudante, através das experiências adquiridas em campo.

Durante o nosso período de estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, no período de Maio a Dezembro de 2022, pudemos presenciar casos de entrega protegida de bebês dentro da instituição. Dessa maneira, no ISEA, o atendimento à mãe ou gestante que deseja realizar a entrega da criança, é realizado em alguns passos.

Inicialmente, a gestante, de forma espontânea, chega ao ambiente hospitalar. Após passar pela recepção e pela classificação de risco, a gestante comunica na triagem a intenção da entrega voluntária. Posto isto, o setor do Serviço Social e da Psicologia são acionados para que haja o acolhimento e a elaboração da notificação à Vara da Infância e Juventude de ambos profissionais, a partir da verbalização da gestante na intenção de entregar a criança.

Diante disso, após a avaliação médica hospitalar, caso a paciente não tenha queixas clínicas, ela é liberada. O Serviço Social por sua vez, aciona a rede de proteção comunicando a intenção de entrega do bebê na Vara da Infância e Juventude e encaminha a gestante à Vara, na qual será atendida por uma equipe técnica multiprofissional, composta por profissionais de Psicologia e Serviço Social de acordo com o cf. art. 19-A, § 1º do ECA. Importa destacar que após este acolhimento, a equipe do sociojurídico deverá elaborar um relatório que será encaminhado ao Juízo para que algumas providências sejam tomadas, a saber: o encaminhamento da mulher para programas que garantam e resguardem os direitos dela e da criança. Em contrapartida, se a paciente está em trabalho de parto (hospitalização), o parto é realizado e há a possibilidade de duas situações.

Em primeiro lugar, em caso de desistência da entrega voluntária, a puérpera é encaminhada ao alojamento conjunto da maternidade junto ao bebê e orientada quanto à lavratura do registro do nascimento, realizado na própria maternidade. Sendo assim, é realizada outra notificação à Vara da Infância e Juventude na finalidade de comunicar a desistência da entrega voluntária.

Em segundo lugar, se a puérpera mantém a decisão de entregar o recém-nascido, ela é encaminhada para a enfermaria onde é realizado todos os cuidados pós-parto até a sua alta hospitalar, além de ser orientada quanto à lavratura do registro de nascimento da criança. O bebê, por sua vez, segue para os primeiros cuidados com a equipe de enfermagem.

Dessa forma, o setor do Serviço Social preenche um formulário de notificação compulsória¹² para ser encaminhado à Vara da Infância e Juventude de referência,

¹² O formulário de notificação compulsória é realizado caso haja incidência de: suspeita e confirmação do genitor que deseja entregar seu filho para adoção ou guarda de terceiros; casos em que os genitores não aparentam não ter condições de exercer o poder familiar (exemplo: histórico de

comunicando que há uma entrega a ser realizada. Neste formulário devem constar alguns dados, a saber: nome da puérpera, idade, cidade, estado civil, ocupação, renda, se há filhos anteriores; nome do recém-nascido, etnia, se é portador de deficiência ou de alguma patologia, peso do recém-nascido e, por último, é escrito o parecer do Assistente Social descrevendo o acolhimento multiprofissional feito à puérpera, quando a genitora deu entrada no hospital, a intenção da entrega e se foi apresentado algum motivo para que a entrega fosse realizada e informando se a puérpera solicita sigilo na entrega.

Desta maneira, fundamentadas em suas atribuições e competências, a equipe do Serviço Social e da Psicologia, realizam uma entrevista com a gestante ou puérpera, sobre a decisão de entrega a ser realizada. A equipe, por sua vez, contribuirá para que a mulher reflita e entenda os motivos de sua decisão, seja por permanecer com o bebê, seja por levar adiante a entrega (CUNHA, 2014; RAMOS et al, 2015), de forma a garantir que esta escolha não ocorreu por não conhecer seus direitos e da criança. Não somente, a equipe desempenha o papel de identificar se a mulher está sendo coagida a realizar a entrega.

Sendo assim, a equipe de Psicologia ao dialogar com a genitora, envia o relatório de atendimento à Vara da Infância e Juventude. O Serviço Social, por sua vez, envia a notificação compulsória à Vara da Infância e da Juventude.

Com isso, a notificação realizada pela equipe é enviada por e-mail a fim de aguardar a guia de acolhimento institucional do bebê. Após este procedimento, se o bebê tiver nascido no peso considerado normal para alta hospitalar (2kg ou mais), ele é levado à casa de acolhimento. Caso o bebê tenha nascido prematuramente, ele fica no hospital recebendo todos os cuidados até o seu peso aumentar e receber alta hospitalar.

Realizada a alta do RN, é comunicado a Casa da Esperança III a situação de entrega voluntária. Logo, a Assistente Social da casa de acolhimento vai até o setor do Serviço Social e preenche o livro de protocolo¹³ enquanto representante institucional. Após preencher o livro, a Assistente Social da instituição que está presente no dia, leva a profissional onde o bebê se encontra e ela leva-o para a casa abrigo.

Destaca-se, nas situações presenciadas no período de estágio, que a mulher estava gestante e não desejava maternar. Com isto, ela já havia tomado a sua decisão de entregar a criança de forma espontânea.

Para uma melhor compreensão sobre qual o perfil destas mulheres, foi realizada uma pesquisa nos arquivos do setor de Serviço Social no ISEA onde estavam presentes as notificações encaminhadas a Vara da Infância e Juventude de Campina Grande (PB). Isto posto, destaca-se que a maioria das mulheres que desejaram realizar a entrega, reside em sítios de cidades circunvizinhas ou bairros carentes da cidade de Campina Grande, são solteiras ou estão em união estável, estão desempregadas e possuem mais de 1 filho.

Cabe ressaltar ainda que, algumas das genitoras que realizaram a entrega voluntária das crianças, comunicaram o desejo de entrega ainda na gestação, após passarem pelo atendimento multiprofissional da Psicologia e do Serviço Social na instituição.

abandono anterior de outros filhos, dependências psicotrópicas, violência ou qualquer outra causa que indique vulnerabilidade da criança).

¹³ No livro de protocolo contém os dados do bebê, registro de nascimento, cartão de vacina e assinatura da representante institucional.

Diante das informações analisadas e coletadas, vale destacar que houve dificuldade para que os perfis dessas mulheres fossem traçados de maneira mais completa. Pode-se apontar como um empecilho, a falta de informações mais detalhadas no preenchimento das notificações, colaborando para que o perfil da genitora ficasse incompleto.

Importa salientar que muitas vezes o debate acerca da maternidade se fundamenta nas nossas concepções pessoais acerca do que é ser uma “boa” mãe, associando as histórias dessas mulheres aos saberes do exercício profissional.

Sendo assim, muitas gestantes que procuram a maternidade para fazer a entrega de seus filhos, se deparam com falas que esboçam pré-julgamentos por parte de alguns funcionários. Essa postura diante da recusa da maternidade decorre de concepções conservadoras e idealizadas de maternidade que não concebem que uma mulher grávida, de forma voluntária, decida não assumir os cuidados com o bebê.

Nesta medida, compreende-se que a atuação do Assistente Social no Isea com as situações de entrega protegida não se trata apenas de um trabalho técnico ou neutro, mas envolve inúmeros aspectos subjetivos, parciais, teóricos, políticos e pessoais. Por isso, ao trabalhar com temas complexos como a entrega de bebês para a adoção, é preciso iniciar por uma mudança de paradigma, considerando os níveis da complexidade deste tema.

Com isso, a equipe e estagiárias promoveram oficinas a fim de sensibilizar os funcionários e profissionais da instituição, enfatizando a entrega protegida enquanto um direito de escolha da mulher e alternativa ao não abandono de bebês. Nesta medida, no que se refere às gestantes que desejam realizar a entrega da criança de forma voluntária e consciente, tal ato não deve ser confundido com abandono.

Diante disso, durante o período do estágio no Isea, podemos pensar o quanto se faz importante uma formação continuada além de um debate contínuo no Serviço Social a respeito das diversas maneiras de vivenciar a maternidade, bem como o reconhecimento dos direitos da mulher, no objetivo de compreender o direito da escolha da gestante em ser ou não ser mãe.

Levando em consideração essas questões, foi realizada pelo setor de Serviço Social a I Semana de Entrega Protegida no Isea, intitulada “Conhecer para acolher”, objetivando uma capacitação e reflexão sobre o tema aos profissionais da saúde atuantes na maternidade. Diante disso, foram debatidas todas as informações acerca da Lei nº 13.509/2017 (ECA) que garante a proteção integral e prioritária da criança, além de dar à gestante o direito ao acompanhamento psicossocial, sigilo, respeito à privacidade; sem risco de quaisquer constrangimentos ou discriminação pela escolha de fazer a entrega do recém-nascido.

Conforme aponta Oliveira (2016), apesar da entrega protegida ser uma situação recorrente, esta muitas vezes é silenciada. Isto, portanto, colabora para que seja negado às gestantes um espaço de compartilhamento das emoções envolvidas com a entrega. Sendo assim, compreende-se a importância de espaços que as gestantes sejam vistas e ouvidas, na finalidade de gerar reflexão, compreensão; para que haja o acolhimento e o cuidado necessário diante da entrega.

Logo, para que haja este acolhimento, é importante desmistificar alguns pontos associados à entrega, como a diferença entre o abandono e a entrega protegida; uma vez que as gestantes verbalizam o desejo de entregar seus bebês buscam fazê-la de forma segura para ela e para a criança.

Durante o período de estágio em Serviço Social no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, percebeu-se que no exercício profissional de entrega protegida, o(a)

Assistente Social realiza seu trabalho não na perspectiva endogenista¹⁴, mas na perspectiva de totalidade. Exercendo, portanto, a profissão a partir das concepções estabelecidas e preconizadas no projeto ético-político defendido pela profissão.

Levando em consideração que o Serviço Social é uma especialidade do trabalho coletivo (IAMAMOTO, 2014), o profissional deve buscar a efetivação dos direitos sociais dos usuários. Considerando isto, o trabalho do Assistente Social no ISEA em casos de entrega protegida, é realizado a partir do atendimento à gestante, acolhendo-a inicialmente, e buscando compreender e fazer a gestante refletir sobre a sua decisão de entregar seu bebê para adoção.

Conforme nos apresenta Motta (2005), é válido lembrar que não são apenas as condições financeiras que influenciam na decisão da gestante em se entregar voluntariamente, mas um conjunto de circunstâncias que envolvem a vida da mulher naquele momento que exercem forte influência na forma de vivência da maternidade.

Diante disso, o Serviço Social no ISEA busca compreender o contexto de vida em que a gestante está inserida, levando em consideração os aspectos sociais, políticos e econômicos a fim de informá-la e orientá-la quanto ao seu direito de escolha em entregar o bebê ou não, estabelecido em lei.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos elementos aqui apresentados, é de fundamental importância compreender que a entrega protegida de bebês para a adoção é um direito estabelecido em lei a todas as mulheres que desejam realizá-la. Não somente, é importante entender que a gestante que deseja dispor seu filho recém-nascido para a adoção não está cometendo um crime. Em contrapartida, a gestante está garantindo o direito à convivência familiar que, por razões particulares, ela não pode proporcionar.

Também importa destacar que a entrega protegida é uma alternativa ao abandono negligente. Logo, é válido respeitar, compreender e analisar as razões que levam a gestante a tomar esta decisão, uma vez que, desentendimentos sobre o significado de abandonar e entregar podem gerar prejulgamentos e comprometer o atendimento oferecido pelas instituições de saúde (SIQUEIRA et al, 2015).

Outro aspecto que cabe mencionar é que se faz importante o cumprimento do sigilo profissional quanto à situação de entrega, pois é um direito da mulher. Logo, a certeza desse sigilo garantido contribui para que a mulher se sinta motivada a romper com o medo do julgamento social ou familiar.

Levando em consideração estes aspectos, observou-se que é de suma importância que haja o cuidado na formação profissional e atuação interdisciplinar para que os profissionais não se rendam ao viés moralista em seu exercício profissional.

Não somente, é fundamental que o assistente social reúna e amplie seus conhecimentos acerca da entrega protegida, baseados em uma perspectiva crítica, com o objetivo de traçar estratégias durante o exercício profissional, de modo a

¹⁴ De acordo com Montaño (2007), a perspectiva endogenista é compreendida dentro do surgimento do Serviço Social enquanto uma visão focalista, na medida em que vê a gênese da profissão vinculada à filantropia de opção pessoal, profissionalizando as práticas de ajuda. Com isso, na perspectiva endogenista, temos o Serviço Social observado a partir dele mesmo, desconsiderando os fatores sociais externos.

transpor o imediatismo e focando nas condições sociais e históricas a que as gestantes estão sujeitas.

Considerando os aspectos apontados durante o trabalho, as vivências do estágio supervisionado no Isea com relação a entrega de bebês para a adoção, possibilitou a escrita deste artigo com o entendimento do exercício profissional, em consonância com os princípios norteadores contidos no código de ética. Não somente, proporcionou o aprendizado da teoria na prática, nas quais, estão alinhadas como uma só nesse processo de formação, ao observar a saúde contemplada em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. F. **Adoção no Brasil à luz do Neoconstitucionalismo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Direito Público), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

ANTUNES, R. **O vilipêndio do coronavírus e o imperativo de reinventar o mundo**. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois. Bauru: Canal 6, 2020.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: Fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Lei nº 12.010, de 03 de Agosto de 2009. **Estatuto da Criança e do Adolescente**.

BRASIL. Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017. Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRAVO, Souza Inês Maria *et al.* **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez ; Rio de Janeiro : UERJ, 2006.

BRAVO, Souza Inês Maria. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS, Coletânea Inês Bravo. 2012.

Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto**: uma revisão da literatura. Cad Saude Publica.[on-line] 2005 set/out; [citado 03 jun 2005]; 21(5). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2009.

CUNHA, I. S. **O papel do assistente social judiciário frente às novas regras de adoção.** Monografia (Graduação em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Faculdade Cearense, Fortaleza, 2014

COSATI, Moraes Conde Letícia. **Assistência à Infância na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro: a transformação da Casa dos Expostos (1888-1920)**

DANTAS, Viana André. **Do Socialismo à democracia: tática e estratégia na reforma sanitária brasileira.** 1. ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2017, p. 182.

Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf
Acesso em 06 out. 2022.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 3 : promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança : curso de 20 horas para equipes de maternidade / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf

GRANATO, Eunice Ferreira Rodrigues. **Adoção. Doutrina e prática. Com comentários a nova Lei da Adoção. Lei 12.010/09.** 2. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Direito de Família.** 14ª edição. Ed. São Paulo: Saraiva, 2017. v.6

IAMAMOTO, Marilda Vilela . **A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro.** Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n120/02.pdf>

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Senso Brasileiro de 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Senso Brasileiro de 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/pesquisa/32/28163>

JUSTIÇA, Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Entrega legal: alternativa para evitar o abandono de bebês. 2017. Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84615-entrega-legal-alternativa-para-evitar-o-abandono-de-bebes> . Acesso em: 10/12/2022

KREUZ, Sérgio Luiz. **Direito à Convivência familiar da criança e do adolescente: direitos fundamentais, princípios Constitucionais e alternativas ao acolhimento institucional**. Curitiba: Juruá, 2012

MARCÍLIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726-1950. In: FREITAS, Marcos Cezar (org.). História Social da Infância no Brasil. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2016, p. 74.

MATOS, M. C. de. Posfácio. In: PEREIRA, S. L.B.; CRONEMBERGER, I.H.G.M. (Orgs). **Serviço social em tempos de pandemia: provocações ao debate**. Teresina: EDUFPI, 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. O Neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da covid-19.. Revista **Humanidades e Inovação v.8, n.35**.

MÉGAR, de Scantamburlo Stella. A criança e a adoção no Brasil: um trajeto histórico dos “filhos de criação” do século XVI até a promulgação do ECA. **Revista Hydra**, v. 4, nº7, Dezembro de 2019.

MONTAÑO, C. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. São Paulo: Cortez, 2007.

MOTTA, M. A. P. **Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. O Conceito de saúde. Guia de Referência para Conselheiros Municipais. p.7-9. Disponível em:
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/SUS_ControlSocial1.pdf

OLIVEIRA, L. C. S. **A mãe que entrega um filho em adoção: desvelando dores, preconceitos e possibilidades de ressignificações**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

PAIM, Silva Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 1. ed. Salvador: Fiocruz, 2009. Disponível em:
<https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Maio, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 15-36, mar. 2014.

REHUNA. 2020. **Protocolo de atendimento de pacientes com covid19 (infecção suspeita ou confirmada)**. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2020/04/PROTOCOLO-DE-CRISE-COVID19-ISEA.pdf>

SIQUEIRA, A. C.; SANTOS, S. S.; LEÃO, F. E.; FARAJ, S. P.; MARTINS, B. M. C.; CAMPEOL, A. R. **Quem são as mulheres que entregam o filho para adoção na visão dos profissionais da saúde e do judiciário**. Psicologia Social, Violência e Subjetividade, 2015

SIMÕES, Carlos. Curso de Direito do Serviço Social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2014 - (Biblioteca básica de serviço social ; v. 3)

SILVA, Mendes da José; CALDEIRA, Prates Antônio. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, Junho, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n6/12.pdf>

SHUTZ, F.; **A intersectorialidade no campo da política pública: indagações para o Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

SOARES, Raquel C. **Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. (Tese de Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9499/1/arquivo6539_1.pdf

SOARES, R. C. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, abr.2018.

SOARES, Cavalcante Raquel. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. *Argumentum*. v. 10, n. 1, p. 24-32, jan/abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>

VENÂNCIO, Renato Pinto. **Maternidade negada**. In: DEL PRIORE, Mary (ORG.). História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2017.

VALDEZ, Diane. **“Inocentes Expostos”**: o abandono de crianças na Província de Goiás no século XIX. Revista Inter Ação, 29, 2004, UFG, p. 110

8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final, Anais, 1986. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf