

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

Adriana De Paula Dias

A invisibilidade não protege:
um olhar para os bebês em acolhimento institucional

Porto Alegre
2021

Adriana De Paula Dias

A invisibilidade não protege:
um olhar para os bebês em acolhimento institucional

Trabalho de Conclusão do Curso como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes.

Coorientador: Doutorando Georgius Cardoso Esswein.

Porto Alegre

2021

Dedico este trabalho à quem me deu asas, segurou firme em minhas mãos e me impulsionou a alçar voos mais altos. À quem presenciou minhas quedas e esteve sempre ao meu lado, se por ventura meu desejo fosse o de desistir de alcançar o céu azul. Mãe, foste minha maior inspiração e meu maior amor. Lutaste forte e bravamente como sempre fez, até o fim. Que um dia possamos nos reencontrar novamente, em uma outra dimensão, em mais uma outra vida.

Te amo para todo o sempre.

AGRADECIMENTOS

Minha caminhada rumo à Psicologia não ocorreu como eu esperava. Muitos foram os desafios e tropeços para chegar até uma universidade federal. Muitos outros para conseguir permanecer nela. Por isso, tenho a alegria de poder agradecer a diversas pessoas que me auxiliaram ao longo desses quase sete anos de graduação para que eu pudesse, enfim, finalizar esse momento tão sonhado.

Primeiramente, agradeço ao apoio incondicional da minha família, especialmente dos meus pais Mara e Valter, por não terem medido esforços para sonhar junto comigo e tornar meu desejo uma realidade. Fê, Jorge, André, Rodrigo, Fran, Ana: sem o cuidado e afeto de todos vocês não poderia ter ido tão longe. Minha eterna gratidão por serem meus alicerces e por tornar a minha caminhada mais leve e cheia de amor.

Agradeço ao meu namorado, Christopher, por ter apostado naquela menina assustada que desacreditava em si mesma. Durante esses nove anos tu foste o meu porto seguro e meu respiro para seguir em frente. Essa conquista também não seria possível sem teu incentivo diário, teu desejo em trilhar novos rumos junto comigo e teu amor.

Gratidão às grandes amizades que construí durante a graduação, que dividiram trabalhos, conversas, preocupações, copos, brindes, abraços, bares, parcerias, lágrimas: Mariana, Nicole, Milene, Vanessa, Rafa.

Rita, agradeço pela orientação atenta e pela compreensão do tempo da minha escrita, interrompida tantas vezes pelos tristes acontecimentos desse último ano em minha vida. Obrigada por instigar e por me fazer refletir sobre o poder das palavras. Agradeço também ao meu coorientador, Georgius, pelas trocas e apoio nos momentos de angústia na construção da escrita dessas páginas. Com a participação de vocês foi possível nascer este Trabalho de Conclusão de Curso.

*Permita que eu fale, e não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes
Que nem deviam tá aqui
Permita que eu fale, e não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí
(Emicida – Amarelo)*

SUMÁRIO

Sumário	8
Resumo	9
Abstract	10
1. Introdução	11
2. Método	19
2.1 Análise de dados	20
3. Resultados e discussão	22
3.1 Peculiaridades do desenvolvimento dos bebês nos anos iniciais de vida	22
3.2 Cuidado centrado no modelo tradicional de família	27
3.3 Intersetorialidade e integralidade entre a saúde e assistência social	33
3.4 Repercussões da institucionalização para o desenvolvimento da criança.....	36
4. Considerações finais	40
Referências	43

RESUMO

A concepção do que é ser criança foi construída historicamente e ao longo dos séculos buscou-se compreender as singularidades e o universo da criança, bem como as diversas formas de expressão da infância. Afinal, todos nós um dia já fomos crianças, mas será que tivemos direito à mesma infância? A retrospectiva da história da criança no Brasil nos mostra que a responsabilidade de assisti-las tornou-se uma intrincada rede de relações entre as forças que constituíram as políticas da infância no país. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo realizar uma análise documental acerca das políticas de atenção à saúde e assistência social voltadas para os bebês em situação de acolhimento institucional, buscando discutir como a reprodução do modelo de cuidado representado contribui para a invisibilização dos bebês inseridos neste contexto, tecendo relações entre Saúde e Assistência Social a partir das normativas descritas nos documentos de domínio público. Para tal, foi realizada uma análise dos documentos do Portal da Atenção Básica à saúde e Ministério da Cidadania, visando observar em que medida as ações de cuidado aos bebês acolhidos estão sendo contempladas em ambos contextos. A partir das análises foi possível verificar que a maior parte dos documentos da Atenção Básica não aborda especificidades do acompanhamento de saúde dos bebês institucionalizados. Destacam-se as particularidades étnicas, culturais e socioeconômicas de cada família, no entanto, nota-se uma tendência a apresentar a figura da mãe como principal cuidadora, evidenciando uma visão mais tradicional de família e individualista de cuidados. Já no que diz respeito aos documentos relacionados à Assistência Social, identificou-se a existência de muitas leis e ações socioassistenciais voltadas para esta população, entretanto, as especificidades do cuidado ao bebê no âmbito do acolhimento institucional não são abordadas. Menciona-se apenas a importância dos vínculos afetivos familiares, incluindo os comunitários, numa perspectiva coletivista, diferentemente as políticas de saúde, centradas primordialmente nos vínculos familiares, numa perspectiva individualista. Destacam o papel dos cuidadores/educadores sociais enquanto figuras de referência para a constituição subjetiva da criança. Diante disso, as análises foram organizadas em torno de quatro eixos de discussão, buscando-se compreender as particularidades referentes ao cuidado voltado aos bebês acolhidos: peculiaridades do desenvolvimento na primeira infância; cuidado centrado no modelo tradicional de família e a importância dos vínculos afetivos familiares; integralidade e intersetorialidade: um trabalho que se tece em rede; repercussões da institucionalização para o desenvolvimento da criança.

Palavras chave: bebês; acolhimento institucional; saúde; assistência social.

ABSTRACT

The conception of what it means to be a child has been historically constructed and over the centuries we have sought to understand the singularities and the universe of the child, as well as the various forms of expression of childhood. After all, we were all children once, but did we have the right to the same childhood? The retrospective of the history of children in Brazil shows us that the responsibility to assist them has become an intricate network of relationships between the forces that have constituted childhood policies in the country. In this sense, this study aims to perform a documentary analysis about health care and social assistance policies aimed at babies in institutional care, seeking to discuss how the reproduction of the represented model of care contributes to the invisibility of babies inserted in this context, weaving relations between Health and Social Assistance from the norms described in the public domain documents. To this end, an analysis of the Primary Health Care Portal and Ministry of Citizenship documents was carried out, aiming at observing the extent to which the care actions for the babies received are being contemplated in both contexts. From the analyzes, it was possible to verify that most of the Primary Care documents do not address specificities of the health monitoring of institutionalized babies. The ethnic, cultural, and socioeconomic particularities of each family stand out, however, there is a tendency to present the figure of the mother as the main caregiver, evidencing a more traditional view of family and individualistic care. Concerning documents related to Social Assistance, the existence of many laws and socio-assistance actions aimed at this population was identified, however, the specificities of baby care in the context of institutional care are not addressed. Only the importance of family affective bonds, including community ones, is mentioned in a collectivist perspective, unlike health policies, which are primarily focused on family bonds, in an individualistic perspective. They highlight the role of caregivers / social educators as reference figures for the subjective constitution of the child. Because of this, the analyzes were organized around four axes of discussion, seeking to understand the particularities related to the care aimed at the embraced babies: peculiarities of development in early childhood; care centered on the traditional family model and the importance of family affective bonds; integrality and intersectionality: a work that is woven into a network; repercussions of institutionalization for child development.

Keywords: babies; institutional reception; health; social assistance.

1. Introdução

Durante o processo de graduação alçamos voos de um lugar a outro durante nossas práticas acadêmico-profissionais. Aterrissamos em locais diferentes e de cada um deles trazemos muitas bagagens, lembranças e afetações. Conseqüentemente, também deixamos um pedacinho de nós por onde passamos. Para que esta escrita pudesse ser realizada, foi preciso, entre as memórias de um início e da concretude do fim do curso de psicologia, reviver na última prática de estágio a sensação do que a experiência provoca. Foi necessário durante esse percurso implicar-me para conhecer, ou seja, foi necessário um autoconvite, uma abertura para conhecer a posição do outro, para construir novos sentidos no tempo de minha experiência e das relações que se povoariam a partir de então.

Essa implicação mais atenta e sensível não se reduz a uma decisão consciente por parte daquele que vivencia determinada situação em determinado período, mas constitui-se como um modo especial de conhecimento e refere-se a uma análise do sistema de lugares (que lugar ocupo? Que lugar desejo ocupar? Que lugar me é encarregado ocupar?), e dos desafios que isso acarreta, já que a própria implicação torna-se uma parte integrante do processo de conhecer. Para Barbier (1985), autor que ampliou a Análise Institucional Contemporânea como abordagem e como método de intervenção, a implicação pode ser tanto “psicoafetiva” quanto estrutural-profissional e histórico-existencial. Segundo o autor, a implicação psicoafetiva está presente no contexto de análise tanto histórico- existencial dos atores sociais, quanto do conteúdo estrutural-profissional que eles expressam em grupo, e é ela que possibilita ao observador clínico momentos de elucidação crítica, estabelecendo o elo entre o saber e a vivência afetiva durante seu processo de conhecimento. Considerar essa implicação é refletir o que foi possível alcançar através dela. Como afirma Bondía (2002, p. 21):

“A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece.”

Posso afirmar que minha experiência de estágio na Central de Atendimento Psicossocial Multidisciplinar, no Juizado da Infância e Juventude de Porto Alegre, passa a acontecer a partir de um desejo anterior em estar mais próxima da área da psicologia jurídica e das políticas públicas voltadas a esta população. Através desse toque de implicação meu olhar e minha escuta voltaram-se atentamente para a questão das crianças que se encontram em situação de acolhimento institucional e dos inúmeros atravessamentos que compõem essa medida de

proteção excepcional. Além disso, minha inserção como bolsista de iniciação científica no Núcleo de Infância e Família da UFRGS, no projeto guarda-chuva denominado SUSbebê, cujo propósito é pesquisar sobre as ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê, suscitou outras inquietações e levou a debruçar-me sobre o tema de uma população específica e invisibilizada, que é a dos bebês em situação de acolhimento institucional. Dito isto, situo o lugar que ocupo enquanto graduanda de psicologia, estagiária e bolsista, e de como as reverberações dessas experiências levaram-me a estruturar o meu campo de pesquisa. Me propus refletir acerca da articulação intersetorial entre as políticas públicas no campo da saúde e da assistência social voltadas ao bebê acolhido institucionalmente, visto que a intersetorialidade é um dos princípios norteadores desses dois campos de atuação. Nesse sentido, faz-se necessário o trabalho intersetorial de modo articulado para o desenvolvimento de ações efetivas para o cuidado aos bebês em situação de acolhimento. É essencial a articulação permanente com o Sistema de Garantia de Direitos (Conselho Tutelar, Justiça da Infância e da Juventude, Ministério Público e outros), com a rede socioassistencial (Proteção Social Básica e Proteção Social Especial), com as demais políticas públicas - em especial, saúde, habitação, trabalho e emprego, educação, cultura e esporte,- e sociedade civil organizada (Centros de Defesa do Direito da Criança e do Adolescente, Grupos de Apoio à Adoção, etc.) (Adrião, 2013).

Diante disso, procurei tecer possibilidades de ideias outras que vão além dos paradigmas culturais que parecem desconsiderar a infância institucionalizada e reproduzem a valorização de um modelo de cuidado que não contempla a realidade dos bebês em situação de acolhimento, modelo este que não se faz presente no contexto de cuidado coletivo do espaço institucional e que escapa da ideia normativa de que a criança necessita crescer e se desenvolver em um ambiente familiar “natural”. Para tanto, proponho inicialmente que alcemos este voo-escrita partindo da construção histórica da concepção do que é ser criança e das diversas formas de expressão da infância no contexto brasileiro, buscando compreender como o cenário sociocultural e histórico-político contribuíram para a implementação das políticas públicas direcionadas à infância no decorrer das décadas.

Pode-se dizer que as crianças nem sempre foram crianças. A concepção do que é ser criança foi construída historicamente e ao longo dos séculos buscou-se compreender as singularidades e o universo da criança, bem como as diversas formas de expressão da infância. Afinal, todos nós um dia já fomos crianças, mas será que tivemos direito à mesma infância? A retrospectiva da história da criança no Brasil nos mostra que a responsabilidade de assisti-las tornou-se uma intrincada rede de relações entre as forças que constituíram as políticas da

infância no país. Essa trajetória nos evidencia que as crianças brasileiras nunca foram escutadas a partir das suas infâncias plurais, em decorrência de um silenciamento que lhes foi imposto desde o período colonial, quando passaram a submeter as crianças indígenas à catequização e à modulação por meio de um projeto pedagógico de colonização jesuíta, com vistas a difundir a fé cristã. A catequização nada mais era do que uma forma de “adestramento” e docilização da criança indígena, que deveria receber luz antes que atingisse a puberdade para que não fosse corrompida pelos adultos que estavam à sua volta. Esse projeto pedagógico mascarava tanto a exploração do trabalho dos indígenas e das riquezas naturais das suas terras, quanto a negação da própria cultura desse povo. (Henick & Faria, 2015). Para os colonizadores, as comunidades nativas representavam atraso e, portanto, não havia necessidade de assistência e educação, o que contribuiu para a desumanização dos povos indígenas, a escravização e a ausência de escolas. A escola tornou-se uma instituição restrita aos mais abastados durante muitos anos, excluindo os nativos da escolarização. As crianças indígenas eram destinadas às escolas de ofícios diversos, onde aprendiam uma profissão considerada digna, além da permanência da agricultura nas missões de catequese (Linhares, 2016).

Conforme aponta Chaves (2000), ao passo que para os jesuítas as crianças eram percebidas como escravas em potencial, em período de desenvolvimento e formação a serem moldadas para o adulto que deveria ser, para os povos indígenas a criança deveria ser cuidada e protegida para que não perecesse. Para os jesuítas, os meninos nativos, independente da tribo a que pertencessem, precisavam de um treinamento rígido para dominarem a sua natureza perversa, serem cristianizados e, assim, tornarem-se mediadores úteis na dominação do seu próprio povo. Um sentimento pouco claro sobre a infância era assumido pelos jesuítas, pois, apesar de perceberem algumas especificidades, o tratamento dirigido às crianças indígenas não era muito diferente daquele destinado aos adultos, visto que eram percebidos como meras mercadorias. Aos olhos dos povos indígenas, os pequenos não eram considerados adultos em virtude do reconhecimento de sua fragilidade, própria da infância, e à falta de domínio e habilidades. Segundo o autor, a criança indígena era amada pelos seus pais, estando em constante proteção por suas mães, que cuidavam de sua alimentação e de seus adornos com pinturas que caracterizavam sua idade. Os povos indígenas não conheciam a prática de atribuir a outrem a educação pelos seus filhos e as crianças eram criadas sempre pela tribo, com a proteção especial dos pais, não havendo na época criança abandonada entre os indígenas. Zoia e Peripolli (2010) afirmam que nas populações indígenas, em geral, a concepção de infância é fortemente ligada à ideia de liberdade, de modo que as crianças são percebidas pela comunidade como alguém que tem o direito de usufruir de todos os lugares da aldeia, pois este é o momento

em que ela tem para interagir e aprender com os demais membros do seu grupo de convívio. Criança ou adulto, mulher ou homem, o tratamento que os colonizadores dispensavam aos indígenas era extremamente cruel. Por conta de diversos fatores, como a alta mortalidade, as fugas para o interior do continente e as guerras, consequências da imposição dos padrões da cultura da dominação por parte dos jesuítas, o colonizador não conseguiu utilizar-se da mão de obra indígena em larga escala, ocasionando no deslocamento compulsório de milhões de africanos para o Brasil com o intuito de usá-los como mão de obra no trabalho escravo no cultivo da cana-de-açúcar (Parra & Silva, 2016).

Compreender as distinções sociais e culturais que formaram a sociedade brasileira desde a colonização portuguesa possibilita nos aprofundarmos sobre as vicissitudes da história da infância a partir do processo de exploração de crianças indígenas e africanas, pois no período do Brasil colonial e imperial ainda não reconhecia-se a infância enquanto uma fase peculiar da vida, que demandava uma atenção diferenciada. De acordo com Linhares (2016), as crianças vindas da África eram tão negligenciadas quanto as indígenas, sendo que a separação de sua família de origem era frequente. A venda de crianças negras abastecia o mercado escravocrata e impedia a construção de laços familiares, rompendo abruptamente muitas vezes com aqueles que já estavam consolidados. Embora as crianças negras escravizadas brincassem com os filhos dos “senhores”, isso não era sinônimo de um tratamento menos subalternizado entre elas e um adulto, pois a condição de servidão dessas crianças mantinha-se a todo momento no tratamento que recebiam, desde a sua vestimenta, até sua alimentação e educação. Instituída em 1871, já no final do período Imperial brasileiro, a Lei do Ventre Livre ficou conhecida por ser a primeira legislação que tratou de “proteger” as crianças escravizadas, posto que assegurou a proibição da venda de crianças com idade inferior a 12 anos e a liberdade para os filhos de escravizadas que nascessem a partir de então.

Segundo Scarano (2010), a morte da criança, no período do século XVIII no Brasil, não era encarada como uma grande lástima, pois outras crianças poderiam nascer e substituir aquelas que já se foram, representando um ser que não faria falta. Essa forma de encarar a vida na infância e a própria mortalidade infantil tornava a criança pouco mencionada na correspondência entre metrópole e colônia na época, e principalmente a criança negra, que era ainda mais esquecida. Entre a senzala e a casa-grande, as crianças negras andavam por todos os lugares e serviam de distração para as mulheres brancas que viviam monotonamente reclusas. Elas eram percebidas como brinquedos e enquanto pequenas participavam da vida dos filhos das senhoras brancas, que riam de suas cambalhotas e brincadeiras e lhe davam guloseimas.

Em decorrência da precariedade do trabalho, que era aventureiro e sujeito às diversas mudanças, os homens frequentemente precisavam afastar-se do convívio com os filhos e a família, sendo que grande parte das crianças, especialmente na primeira infância, tinha apenas contato com suas mães e outras mulheres. Isso acontecia não somente com as crianças negras filhas de escravizados, mas também com filhos de homens livres. Para abastecer o trabalho na mineração, fazia-se necessário utilizar pessoas com idade apropriada para o serviço duramente braçal, não havendo grande interesse em trazer crianças africanas nos navios negreiros para aquela área das minas. Desse modo, a maioria das crianças eram nascidas no Brasil e logo integraram o grupo denominado de “crioulos”. Para os donos de escravizados, a maior utilidade das crianças nascidas no lugar era o fato de tornar possível a existência de uma ama de leite para usufruto dos seus filhos. Todavia, para isso não era necessário a sobrevivência do filho da mulher escrava, mentalidade essa que tornava a vida da criança escravizada muito pouco valorizada.

A desumanização era regra naquele período quando tratava-se de escravizados, sobretudo mulheres e mais ainda as crianças, que eram pouquíssimo mencionadas em assuntos de vida diária nos documentos oficiais que tratam da região das minas e que encontram-se conservados em arquivos públicos. A exemplo disso, cita-se a questão alimentar e os cuidados necessários para uma vida sadia, em que observava-se uma preocupação maior em relação aos cavalos do que aos escravizados. Quanto às crianças negras que não podiam participar dos trabalhos e propiciar lucro, não foram encontradas manifestações de preocupação com seu bem-estar (Scarano, 2010).

Anteriormente ao período colonial não há nada que comprove o abandono de filhos por parte dos povos indígenas ou dos escravizados vindos da África. Todavia, a prática de abandono das crianças passou a ser um costume no Brasil nos séculos XVII e XVIII por interferência da colonização (Valdez, 2013). Em razão do crescente número de crianças abandonadas, surge no país, ainda no século XVIII, como instrumento para a diminuição da mortalidade infantil, a instituição da Roda dos Expostos, cujo objetivo, caritativo-assistencialista, era o recolhimento de crianças abandonadas como forma de proteção, visando que elas não morressem por falta de cuidados básicos e vítimas de animais. O abandono de crianças foi por muito tempo considerado uma prática aceita socialmente no país e entre os diversos motivos de abandono estavam a extrema pobreza, o nascimento de um filho fora do casamento, adoecimento ou morte dos pais e o abandono de filhos de escravizadas para que estas pudessem ser “amas de leite” para os filhos das famílias dos seus senhores. A Roda dos Expostos conseguiu manter-se durante o período Imperial e a República, extinguindo-se definitivamente apenas em 1950. Durante mais

de um século, esta foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil. (Marcílio, 2016).

A roda, colocada dentro da parede de instituições de caridade e hospitais, geralmente ligados às Santas Casas de Misericórdia, consistia em um cilindro de madeira que girava em torno de um eixo, repartida ao meio ou em quatro partes, a fim de que a criança pudesse ser colocada sem que o depositário e o recebedor fossem reconhecidos (Torres, 2008). Ou seja, a própria História nos mostra que a assistência à infância é falha desde os seus primórdios, isentando a responsabilidade do próprio Estado pelo cuidado prestado às crianças abandonadas. Segundo estabelece Marcílio (2006), há três fases de assistência e proteção à infância presentes na história brasileira: a fase caritativa, a filantrópica e a do Estado do Bem Estar Social. Para a autora, essas fases não partem de uma concepção de superação ou substituição, mas expressam uma crescente intervenção do Estado. Essa fase da história da criança abandonada ficou conhecida no Brasil como a fase caritativa, em que predominaram ações movidas acima de tudo pela piedade cristã. Para além das instituições formais, admitia que as crianças abandonadas fossem inseridas em uma família por meio de um sistema informal ou privado, podendo representar um complemento de mão de obra gratuita para a nova família (Poletto, 2012).

Após inúmeras décadas, já na fase filantrópica, a infância tornou-se alvo del intervenções no âmbito da assistência social e do sistema judiciário para o controle dos mais pobres. Nesse período a criança pobre começou a ser identificada como “menor” e estabeleceu-se uma preocupação com a criminalidade infanto-juvenil (Rizzini, 2011). Instaurado no Brasil em 1923, o Juizado de Menores foi criado com o intuito de solucionar os problemas referentes à infância e adolescência desassistidas. No ano de 1926 o Código de Menores é instituído e, em 1927, o Decreto n. 17.943-A consolidava as leis de assistência e proteção aos “menores”, sendo extremamente minucioso em comparação aos demais projetos e decretos que o antecederam. Nesse sentido, tentou-se abranger um amplo espectro de situações envolvendo a infância e a adolescência por meio da regulamentação de medidas protetivas e assistenciais, contudo, percebe-se que a legislação dirigida aos “menores abandonados e delinquentes” cumpria o papel de controlar determinadas infâncias e adolescências no país. Ou seja, pode-se dizer que o Código dividiu as crianças em dois grandes grupos: o grupo das crianças brancas, ricas e de “boa família” e o grupo da maioria das crianças brasileiras, que eram negras, abandonadas e marginalizadas, que recebiam a denominação pejorativa de “menor” (Souza, Sobrinho & Herran, 2017). Na mesma época, especialmente nos anos da década de 1930, também iniciaram-se as ações instituídas à saúde da criança com caráter curativo e individualizado voltadas majoritariamente para a diminuição do absentéismo das mães no trabalho (Araújo *et*

al; 2014). Com a criação do Ministério da Educação e Cultura e do Ministério da Saúde, iniciaram-se as políticas de atendimento às crianças, com enfoque nas áreas de assistência e da saúde, tentando atenuar, ainda que minimamente, os impactos da política do desenvolvimento industrial instaurada no Governo Vargas (Perez & Passone, 2010)

Na última fase, conhecida como fase do Estado do Bem Estar Social, nas últimas décadas do século XX, a criança passou a ser considerada sujeito de direitos e a problemática do “menor abandonado” tornou-se alvo de críticas sociais, resultantes das manifestações de massa à ordem autoritária no período ditatorial (Poletto, 2012). Com a desvinculação do Ministério da Saúde do Ministério da Educação, em 1975, inicia-se a implementação de novas estratégias de prevenção à saúde da criança com a criação de novas políticas e diversos programas, entre os quais estão o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), desmembrado dois anos depois no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (Brasil, 2011).

Outro marco legal e fator preponderante para a regulamentação da assistência à infância foi a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, em substituição ao antigo Código de Menores. O ECA dispõe sobre os direitos e a proteção integral à criança e ao adolescente, reconhecendo-os enquanto sujeitos de direito e em condição peculiar de desenvolvimento, devendo a família, a sociedade e o Estado zelarem pelo pleno desenvolvimento dessa população. O ECA também prevê que as famílias que se encontrem em situação de vulnerabilidade, de risco ou de violação de direitos para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança na primeira infância terão prioridade nas políticas sociais públicas, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência (Brasil, 1990).

Já em 2009, tem-se a criação da Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas (EBBS), um projeto piloto realizado em seis municípios do país que buscou construir novas formas de cuidado integral dando prioridade às ações transversais de qualidade de vida da criança (Brasil, 2009). Essa estratégia serviu de base para a construção da política mais atual de atenção à saúde da criança, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A PNAISC, promulgada em 2015, estrutura-se a partir dos princípios e diretrizes que afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa. A PNAISC defende o processo de desenvolvimento da criança enquanto dinâmico e multifatorial, dependente de um ambiente facilitador à vida, que inclui a atenção acerca do desenvolvimento biopsicossocial - físico, psíquico e social integrados - (Brasil, 2018).

A Caderneta de Saúde da Criança tornou-se o instrumento estratégico e central de atenção à saúde integral da criança e da prática de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. É necessário que o profissional avalie e preencha a Caderneta com dados do crescimento e marcos do desenvolvimento em todos os atendimentos. Além disso, seguindo as orientações da PNAISC, as consultas de crescimento e desenvolvimento devem proporcionar também um espaço de escuta e acolhimento aos cuidadores. (Brasil, 2018). Uma nova versão da Caderneta foi elaborada no ano de 2020, buscando incluir novos temas como o cuidado ao bebê prematuro, uso de eletrônicos e consumo e de ilustrações gráficas para favorecer e estimular o engajamento dos cuidadores na promoção de saúde e acompanhamento do desenvolvimento (Brasil, 2020).

Com isso, ressalta-se que apesar de existir um grande número de leis, políticas e ações voltadas para as crianças, novas alterações são essenciais para acompanhar as transformações socioculturais que ocorrem ao longo do tempo. Nesse aspecto, os estudos científicos podem configurar-se como potentes ferramentas para o embasamento e criação de leis e políticas mais abrangentes, que contemplem as reais necessidades das diversas infâncias que coexistem em nosso país. É válido pontuar que as próprias teorias referentes à psicologia do desenvolvimento serviram muitas vezes como um parâmetro para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à infância no país. Contudo, a maioria dessas teorias, amplamente difundidas, são hegemônicas e se pretendem universais, tendo sido “importadas” de contextos estrangeiros totalmente diferentes daqueles que compõem a nossa realidade brasileira. Tal incompatibilidade entre os cenários socioculturais pode fortalecer determinadas narrativas hegemônicas que padronizam um modelo normativo de infância, que supõe um único modo de ser criança, desconsiderando diferenças raciais, de gênero, etnia, classe social, nacionalidade, entre outras.

Conforme aponta Larrosa (2004), a infância tal como é teorizada pela sociedade ocidental se apresenta como algo que sabemos o que é e do que precisa, supondo uma certa natureza, em que os diferentes saberes, discursos e instituições se apoderam da certeza do que se trata, de como se explica e de como se intervém. De encontro a isso, o autor propõe tomar a infância como alteridade, como enigma, como algo que não é o que sabemos, mas nem tampouco é o que “ainda” não sabemos. Nesse sentido, é preciso considerar o aspecto da diferença ao tratarmos da infância como algo que escapa à tradução, justamente por seu caráter indecifrável e singular, atentando-nos ao revisitarmos as teorias e (re) produzirmos conhecimento, pois nenhuma criança deve ser encaixada em uma teoria, mas sim, a teoria é que necessita contemplar a pluralidade das diferentes infâncias em nosso país. Cabe a nós, enquanto

atores sociais, contribuirmos para a visibilização dessa heterogeneidade que envolve o tema no Brasil.

Percebe-se que ao longo da História, os marcos referentes à construção da ideia de infância perpassaram caminhos diversos, desde a sua negação até o seu reconhecimento enquanto fase peculiar do desenvolvimento humano. É possível verificar que marcadores como raça, condição socioeconômica e gênero sempre foram determinantes de exclusão social, haja vista que o acesso à educação, à saúde e outros serviços essenciais se deram primeiramente como direito de homens livres, ou seja, homens brancos e de classe social elevada. No decorrer do tempo, paradigmas foram postos em xeque e a discussão acerca da infância ganhou espaço e visibilidade. Embora importantes avanços tenham ocorrido em torno disso, algumas práticas continuam contribuindo para o apagamento de algumas infâncias, como a da “criança abandonada” e institucionalizada. Compreendendo a importância de lançar luz sobre o tema do abandono de determinadas infâncias e de fazer reverberar a aposta na potência do cuidado para além das normatividades socioculturais, este estudo tem como objetivo realizar uma análise documental acerca das políticas de atenção à saúde e assistência social voltadas para os bebês em situação de acolhimento institucional, buscando discutir como a reprodução do modelo de cuidado representado contribui para a invisibilização dos bebês institucionalizados.

2. Método

Este estudo fundamentou-se na análise dos documentos de domínio público disponíveis no Portal da Atenção Básica à saúde e no Portal do Ministério da Cidadania, bem como na Caderneta de Saúde da Criança e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Os documentos, e em especial os de domínio público, constituem-se como registros da própria construção social de uma determinada época, ajudando a entender como eles se propõem a informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam cotidianamente (Andrade, *et al.*, 2018). Neste sentido, configura-se como uma ferramenta potente que possibilita vislumbrar e investigar a realidade social a partir dos inúmeros tipos de documentos produzidos pelo homem ao longo das décadas.

A análise documental utiliza-se de fontes primárias, ou seja, de materiais que ainda não passaram por um processo analítico (May, 2004). Por conseguinte, pode receber outras interpretações de acordo com o objetivo de cada pesquisa, diferentemente da revisão bibliográfica, que é desenvolvida com base em um material já elaborado, buscando analisar o que tem sido discutido a respeito de um determinado tema. Para esta análise foram selecionados 20 documentos do Portal da Atenção Básica, dentre os 213 disponíveis no mês de abril (2019),

tendo como critério a identificação em seu título, apresentação ou sumário, de substancial referência à saúde da criança na faixa etária de zero a três anos. Também foram selecionados 16 documentos do Portal do Ministério da Cidadania, dentre os 168 disponíveis no mês de maio (2019), tendo como critério a identificação em seu título, apresentação ou sumário, de substancial referência às ações de proteção à infância, especialmente àquelas voltadas para crianças em situação de acolhimento institucional. Na análise foram considerados os documentos classificados pelos portais enquanto relatórios, protocolos, livros, cartilhas, guias e manuais, planos, orientações técnicas, folders, perguntas e respostas, cadernos e prontuários, além da Caderneta de Saúde da Criança e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

2.1 Análise dos dados

O processo de análise considerou o conteúdo manifesto e latente dos documentos. Enquanto o conteúdo manifesto restringe-se ao que é descrito e aparente, o conteúdo latente, por sua vez, está no nível da interpretação, permitindo que o pesquisador busque capturar os significados implícitos do texto. Tal processo constituiu-se de quatro etapas: 1. Pré-leitura dos documentos; 2. Leitura seletiva e síntese dos documentos; 3. Análise descritiva e reflexiva dos dados; 4. Escrita do estudo e relação com a literatura.

1. Pré-leitura dos documentos:

Esta etapa consistiu na leitura dinâmica dos documentos para obter-se uma visão geral destes, verificando sua adequação frente às finalidades do estudo. Analisou-se, em um primeiro momento, se o título, apresentação ou sumário faziam referência substancial à saúde da criança na faixa etária de zero a três anos e às ações de proteção à infância, com especial atenção para aquelas voltadas às crianças em situação de acolhimento institucional.

2. Leitura seletiva e síntese dos documentos:

Nesta etapa, foi realizada a primeira organização do material, sendo que todos os documentos foram arquivados em pastas criadas na plataforma de armazenamento em nuvem Google Drive e lidos de forma minuciosa. Concomitantemente foram criadas fichas de leitura, contendo o nome do documento, ano de publicação, público alvo e resumo.

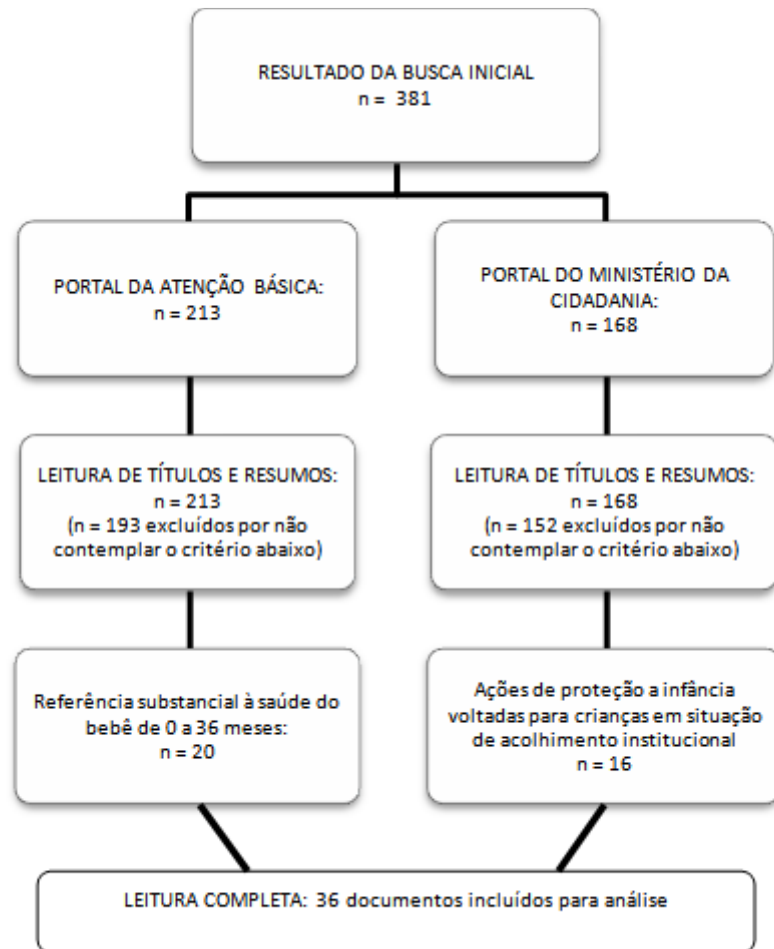
3. Análise descritiva e reflexiva dos dados:

Na terceira etapa buscou-se identificar as informações pertinentes ao objetivo do estudo, sendo destacados trechos acerca do cuidado em saúde do bebê até 3 anos e das ações de proteção à infância. A partir do fichamento realizou-se a organização dos trechos identificados, que foram agrupados e classificados em quatro eixos de discussão, buscando-se compreender as particularidades referentes ao cuidado voltado aos bebês acolhidos. Observou-se a relação entre os eixos de discussão, focando-se na análise crítica das orientações e prescrições descritas.

4. Escrita do material e relação com a literatura.

Nesta última etapa, o objetivo consistiu em refletir e relativizar os resultados encontrados, confrontando como o discurso normativo empregado nos documentos se propõe a informar o seu público-alvo. Foram feitas considerações dessas normativas para pensar a respeito do cuidado voltado ao bebê no contexto do acolhimento institucional, buscando na literatura suporte para discutir sobre os desdobramentos do tema de pesquisa.

Figura 1: Fluxograma do processo de busca e seleção dos documentos



Fonte: Elaborado pela autora

3. Resultados e discussão

Os resultados da análise documental serão apresentados e discutidos a partir de quatro eixos de análise, posto que se tratam de fios condutores da temática acerca do cuidado voltado à criança nos contextos da saúde e assistência social. São eles: peculiaridades do desenvolvimento dos bebês nos anos iniciais de vida; cuidado centrado no modelo tradicional de família; integralidade e intersetorialidade entre a saúde e a assistência social; repercussões da institucionalização na infância.

3.1 Peculiaridades do desenvolvimento dos bebês nos anos iniciais de vida

Este primeiro eixo de análise contemplará a discussão acerca das particularidades do desenvolvimento nos anos iniciais de vida a partir da perspectiva abordada nos documentos da Atenção Básica e da Assistência Social. Diversos campos de conhecimento, como a educação,

a neurociência, a psicologia, a medicina, a pedagogia, entre outras, atribuem grande importância ao desenvolvimento na primeira infância, especialmente na faixa etária de zero a três anos.

Na análise realizada nos documentos da Atenção Básica e da Assistência Social foi possível observar que ambas as áreas valorizam os anos iniciais de vida para o desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo da criança, impactando toda a sua existência. Mencionam que a saúde é primordial para o crescimento, mas, que para o seu pleno desenvolvimento o bebê necessita mais do que a amamentação, alimentação e cuidados básicos de higiene, mas também de investimento afetivo. A partir de um modelo individualista, centrado em um cuidador principal em uma família nuclear, pressupõem que cada criança aprende e se desenvolve a seu tempo e cada uma à sua maneira, devendo o cuidador proporcioná-la um ambiente facilitador e protetivo, afetivo e estimulante, criando com ela laços estáveis, bem como e lhe ofertando uma educação de qualidade, propiciando, deste modo, condições adequadas para seu desenvolvimento biopsicossocial, ou seja, desenvolvimento físico, psíquico e social integrados.

O apego, vínculo emocional recíproco entre um bebê e seu cuidador, constrói-se baseado em relacionamentos preliminares estabelecidos ainda com o feto e com a criança imaginada pelos pais, antes mesmo do seu nascimento. Após o nascimento, o bebê, para sobreviver, precisa de alguém que cuide dele e que assegure que suas necessidades físicas (alimentação, limpeza, cuidado, proteção, entre outras) e psicossociais (de se sentir seguro, amado, protegido, valorizado) sejam atendidas. (Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento - p. 26)

Sabe-se que os primeiros anos de vida de uma criança é um período em que ocorre o desenvolvimento de habilidades cognitivas, físicas, sociais e afetivas, as quais podem ser afetadas positivamente, por meio de um ambiente que favoreça a estimulação, ou negativamente, por diversos fatores de risco, entre eles a microcefalia. (A estimulação precoce na Atenção Básica - p. 14)

Embora diversas áreas do conhecimento tenham destacado a importância dos anos iniciais para o desenvolvimento saudável do bebê, é fundamental que não consideremos como universal esse conhecimento sobre o que é um desenvolvimento saudável, já que é produzido a partir de modos de existência e modelos de família muito particulares, tendo a família nuclear e a ideologia do individualismo no centro, excluindo, assim, ou invisibilizando qualquer possibilidade de o bebê desenvolver-se de forma saudável no decorrer do seu processo de crescimento e desenvolvimento a partir de outros modos de existência e de cuidados, como por exemplo modos mais coletivos. Além disso, circunstâncias adversas que ocorrem nos primeiros anos de vida do bebê não devem ser consideradas determinantes e sinônimo de uma consequente patologia, mas sim, da necessidade de um maior cuidado frente às necessidades que este bebê apresentará, respeitando sua história de vida e singularidade.

Os principais documentos da Atenção Básica identificam que crianças com deficiência, em situação específica e/ou vulnerabilidade social ou violência são as que demandam ações estratégicas e serviços de saúde prioritários, que devem ser articulados com outras políticas públicas. Entretanto, é possível constatar a invisibilização dos bebês em situação de acolhimento institucional, já que o grande foco dos documentos envolve o vínculo mãe-bebê e junto com ele, temas como a amamentação, aleitamento materno, alimentação complementar, cuidados de higiene, bem como avaliação do crescimento e desenvolvimento. Não por acaso, nessa lógica individualista centrada no vínculo mãe-bebê, a amamentação e o aleitamento são o principal fio condutor das orientações prescritas nos documentos, assim como a importância do afeto em uma relação diádica, o que acaba excluindo modos de existência de cuidados coletivos e comunitários, como dos bebês em acolhimento institucional, mas também, de povos indígenas e quilombolas, por exemplo, ou de populações menos favorecidas economicamente.

Embora mencionem e considerem aspectos biopsicossociais como relevantes para o desenvolvimento do bebê, percebe-se que na descrição da prática e nas orientações voltadas aos profissionais, especialmente no documento “Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento” (2012), o bebê ainda é caracterizado por meio das suas medidas de avaliação do crescimento, denominadas medidas antropométricas, como peso, altura, perímetro cefálico, entre outros, como também por seus marcos do desenvolvimento, que são referências utilizadas para saber se o bebê obteve a capacidade de realizar determinada atividade em um período de tempo esperado, como elevar a cabeça, sentar, engatinhar, corresponder ao olhar da mãe, falar, andar, etc.

Já nas publicações referentes à Assistência Social identifica-se a ausência do termo “bebê” quando se trata de abordar as particularidades do desenvolvimento nesta fase inicial da infância, sendo frequentemente utilizado o termo “criança”, “desenvolvimento infantil”, ou “desenvolvimento na primeira infância” para designar uma faixa etária que engloba do zero aos seis anos de idade. Dentre os documentos da assistência social que foram analisados, o “Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária” (2006) é o único que faz menção ao termo bebê, apenas para referir a influência do desejo dos pais de gerar um filho para o desenvolvimento do feto e as primeiras relações do bebê. O bebê é mencionado também em referência à expectativa da sociedade para adoção, cuja preferência recai nos bebês de cor branca e do sexo feminino, sendo que na maioria dos abrigos brasileiros observa-se um número maior de meninos (58,5%), negros (63%) e mais velhos, isto é, com idade entre 7 e 15 anos (61,3%) (p. 61). Ademais, o termo bebê não é utilizado nos documentos para especificar as particularidades do desenvolvimento nos anos

iniciais de vida, em referência a abordagens realizadas com a família, salientando a importância de lhe proporcionarem um ambiente facilitador para seu desenvolvimento, assim como para citar os programas socioassistenciais que envolvem o bebê e a alimentação/amamentação,

O trabalho com a promoção do desenvolvimento infantil deve, necessariamente, estar voltado à família e à potencialização de suas competências para o cuidado, proteção e promoção do desenvolvimento infantil. Para que a família possa exercer suas funções é importante que suas necessidades sejam também compreendidas e atendidas. Viabilizar acessos que possam atender suas demandas e reduzir tensões e estresse decorrentes de suas próprias condições de vida constitui elemento importante para apoiar a construção de vínculos afetivos e de um ambiente acolhedor e responsivo às necessidades da criança. Este conjunto de atenções favorecerá o fortalecimento de vínculos e a construção de um ambiente positivo para a promoção do desenvolvimento infantil. (A participação do SUAS no Programa Criança Feliz - p. 18)

Vínculos e desenvolvimento: informações sobre as necessidades e etapas do desenvolvimento do bebê, direito à convivência familiar e comunitária, de ser compreendida e acompanhada em seu crescimento físico, cognitivo, social e emocional, de ter oportunidades de brincar e aprender, de crescer, sempre que possível, sob a proteção dos pais em ambiente afetuoso e sem violência. (SUAS e Programa Criança Feliz: Atuação Integrada - p. 11).

Percebe-se que o foco principal das publicações da área assistencial incide sobre o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários enquanto fatores cruciais para o desenvolvimento saudável da criança, aliados a um ambiente seguro e protegido, vínculos afetivos estáveis, nutrição adequada, estímulos sociais, cognitivos e motores. Ainda que seja referido o período da primeira infância como essencial para o desenvolvimento, nota-se que o termo bebê praticamente inexistente nas publicações, dando lugar para o termo “criança” e para a adoção do termo “primeira infância”, invisibilizando, mais uma vez, o bebê na discussão, e, principalmente, o bebê que encontra-se sob os cuidados institucionais.

A especificidade e a relevância dos primeiros anos de vida, não apenas em termos biológicos, mas também em questões intelectuais, emocionais e sociais requerem uma abordagem multidimensional da infância, conectada com a interdependência dos direitos humanos e sociais. Além disso, a família é reconhecida como a principal mediadora da relação da criança com o meio e a principal facilitadora dos processos de desenvolvimento e proteção nesse período. (SUAS e Programa Criança Feliz - p. 03)

É possível verificar dentre as políticas do SUS e do SUAS a prática das visitas domiciliares como um importante instrumento para troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada família e indivíduo, devendo a periodicidade das visitas ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e proteção. Ressalta-se que o agente de saúde ou outro profissional que realizará as visitas não deve desvalorizar o saber dessas famílias, mas sim buscar sempre compreender a realidade de cada lar de modo muito singular, atentando para não aplicar uma norma com base nas concepções que entende-se culturalmente do que é uma família “natural” e que pode apresentar ideias carregadas de preconceitos de que qualquer desvio desse “padrão ideal” é um problema. Nesse sentido, torna-se importante discutir em que medida as políticas e programas voltados para a saúde e assistência à criança também podem se constituir enquanto dispositivos de controle e vigilância da infância e das famílias, de modo a reproduzir um modelo ideal que deve ser seguido. Dunker e Thebas (2019) sinalizam que o controle é *“um modo de relação muito simples e pouco criativo, pois, a rigor, para controlar ou ser controlado pelos outros não precisamos escutar, basta ouvir, codificar e decodificar ordens e mensagens”* (p. 132). Para que as orientações técnicas prescritas nos documentos de domínio público não sejam meramente códigos e mensagens normativas que desempenham a função de “ensinar” e vigiar, é necessário que a escuta esteja a frente disso e seja o principal agente transformador na relação entre os profissionais da rede de serviços públicos e as famílias. Escutar o saber da família, da criança e também do bebê faz parte do acolher e também reconhecer a experiência singular de cada sujeito e a realidade em que ele está inserido, oportunizando um espaço de troca de saberes pautado em uma relação que deveria ser constituída como horizontal e não em uma relação que reproduz uma lógica verticalizada de controle, entre aquele que detém o saber e aquele que deve ser ensinado.

No caso das crianças afastadas do convívio familiar em razão de medida de proteção, observa-se que as unidades de acolhimento institucional (abrigos, casas-lares e serviços de acolhimento familiar, conhecido como famílias acolhedoras), embora sejam considerados domicílios temporários para os bebês, não serão locais para a realização das visitas domiciliares realizadas por um agente de saúde da UBS do território da instituição de acolhimento. Nesse sentido, questiona-se em que medida essa criança não está deixando de ser assistida em suas necessidades, já que se as visitas ocorrem no seio familiar e a família substituta ou o abrigo desempenham o papel protetivo temporariamente da criança, por que não realizar as visitas? E se o tempo da criança na instituição de acolhimento se estender por diversos meses ou até

mesmo anos ela não terá esse acompanhamento? Aparentemente, as ações voltadas ao cuidado das crianças acolhidas consideram o fator temporário dessa medida de proteção como uma possível justificativa para a ausência das visitas. Todavia, penso que, nesse caso, a ausência apenas reforça que a excepcionalidade da medida protetiva contribui para a falta de investimento direcionado a essas infâncias que já foram desassistidas pelo Estado em algum momento anterior ao acolhimento, repercutindo na invisibilização da criança e especialmente do bebê acolhido, já que por não estar inserido no mundo da linguagem pode deixar de ser escutado em seus sinais não verbais.

Percebe-se que enquanto para a área da saúde o foco muitas vezes é voltado para a importância da relação da díade mãe-bebê para o desenvolvimento saudável, nos documentos da área social é exaltada não apenas a relação afetiva estabelecida com a criança e os cuidados que ela recebe na família, mas também a relação com sua comunidade e com a rede de serviços, ou seja, parece haver uma ressignificação desse cuidado centrado na figura materna para um cuidado ampliado em redes de cuidados, que inclui a comunidade.

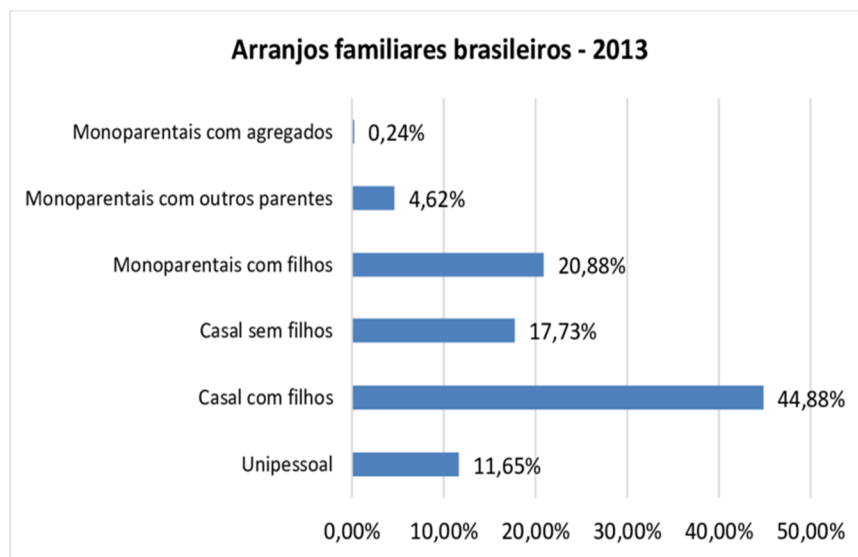
3.2 Cuidado centrado no modelo tradicional de família

O segundo eixo de análise discute o cuidado voltado ao bebê diante da função que desempenha o cuidador para o seu desenvolvimento e a relevância dos vínculos afetivos com a família neste processo de desenvolver-se do bebê. Cabe salientar que o cuidador é quase sempre definido no singular, invisibilizando modos de existência coletivos, em que a rede de cuidados transcende a própria família, como é o caso de modos de vida comunitários de povos indígenas, quilombolas e também no acolhimento institucional.

No curso da História, a família e/ou entidade familiar passou por inúmeras transformações e adquiriu novos modelos de constituições, diferentes daquele da formação em sua origem. A concepção de família é fruto de um processo histórico e seu formato foi se modificando de acordo com o contexto sociocultural de cada sociedade e em diferentes épocas. O modelo de família patriarcal deu lugar para outras configurações, caracterizadas pela multiplicidade de arranjos e pela maior autonomia e recusa dos indivíduos em seguirem antigos costumes referentes ao desempenho dos papéis sociais de marido e esposa, herança das gerações anteriores (Gomes, 2018). Isso demonstra que a construção da concepção de família é atravessada pelo social, sendo produto de uma cultura específica. Na contemporaneidade, a família adquiriu muitas configurações, como a família tradicional/nuclear, composta por mãe, pai e filhos; a família monoparental, composta apenas pela mãe ou pelo pai; a família

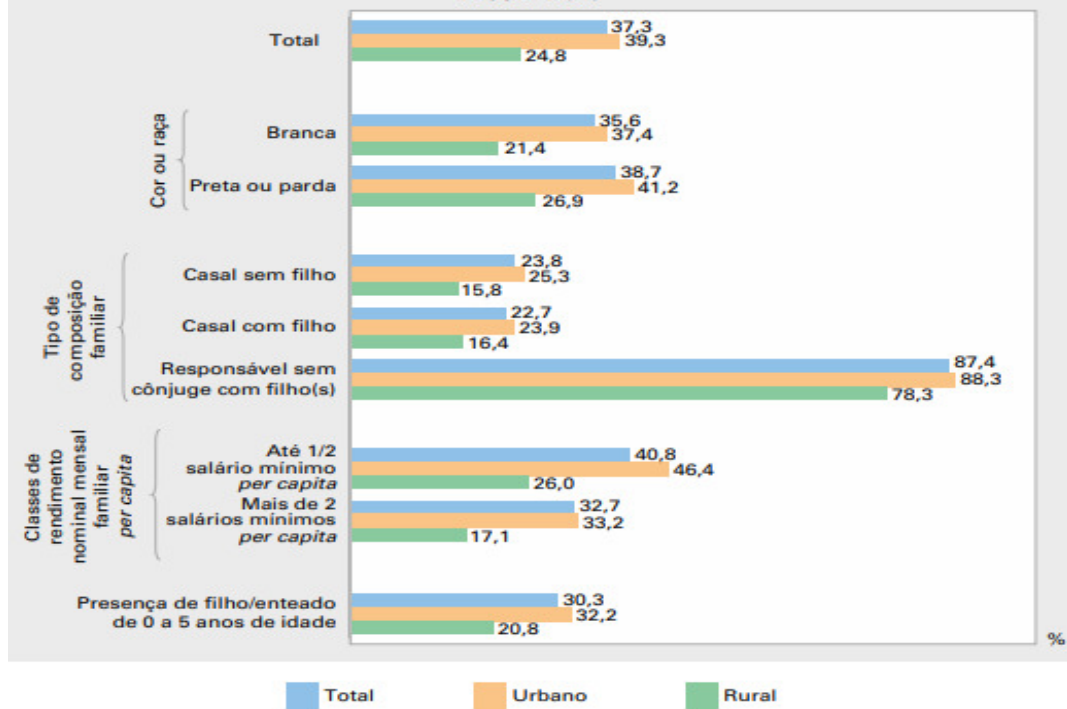
homoafetiva, composta por duas pessoas do mesmo gênero; família anaparental, composta sem a presença de nenhum dos pais; entre outras.

Apesar dos diversos formatos, a família nuclear ainda parece ser a mais referida e reconhecida como padrão em nossa cultura. Em contrapartida, outros modos de existência que sempre pautaram as vidas de muitas crianças brasileiras foram discriminados ao romper com a noção de desenvolvimento centrado na família, ampliando para a comunidade a concepção de cuidado centrado em um cuidador principal. A realidade brasileira nos mostra que o arranjo de família nuclear ainda é predominante, conforme apontam os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente à Síntese de Indicadores Sociais em levantamento realizado no ano de 2014. Ao encontro disso, as estatísticas de gênero do IBGE, realizadas em 2010, mostram que o percentual de famílias em que as mulheres eram responsáveis pela família, sem cônjuge e com filhos, compondo um arranjo de família monoparental feminina foi de 87,4% dos casos (2010). Os gráficos abaixo demonstram a realidade brasileira destes dois casos:



Fonte: Síntese De Indicadores Sociais - SIS (IBGE, 2014).

Gráfico 5 - Proporção das famílias com mulheres responsáveis, nas famílias únicas e conviventes principais em domicílios particulares, segundo a cor ou raça do responsável pela família, o tipo de composição familiar, as classes de rendimento nominal mensal familiar per capita e a presença de filho/enteado de 0 a 5 anos de idade na família Brasil - 2010



Fonte: Estatísticas de Gênero - IBGE, 2010

É possível observar que quando trata-se de família monoparental, em que há a presença de apenas um cônjuge, é muito mais frequente o arranjo em que a mulher é a responsável pela família (87,4%). Tal fator pode ser explicado pelas constantes mudanças que ocorreram em nossa sociedade e que influenciaram para a consolidação de novos modelos familiares, como a luta feminista pela igualdade de gênero e a possibilidade de divórcio. Não obstante, atualmente ainda nos deparamos com resquícios de uma lógica patriarcal, em que coloca a mulher no cerne do cuidado aos filhos e responsável por funções domésticas. Sabe-se que em muitos casos de famílias monoparentais femininas a ausência paterna (afetiva ou física) se dá por diferentes situações, como rompimento conjugal, morte e/ou trabalho do pai em uma outra cidade (Cúnico & Arpini, 2014). O Censo Escolar de 2011 apontou que 5.494.267 estudantes não possuíam registro com o nome do pai na certidão de nascimento (Brasil, 2015). Esse fato reforça a ideia de que a ausência paterna está subordinada a lógica patriarcal que continua a responsabilizar a mulher pelo cuidado aos filhos. Ao voltarmos nossos olhos para a História, podemos afirmar que à medida que a infância ganhou destaque, a função materna também passou a ser valorizada. Se anteriormente esperava-se que a criança vivesse sem a solicitude materna, tendo em vista que pouco tempo sobreviveria e não havia o reconhecimento dessa fase do desenvolvimento

humano como singular, quando a infância passa a ser compreendida em suas particularidades ascende a ideia de que alguém encarregue-se de exercer esse cuidado. Cuidado este, pautado em concepções tradicionais e patriarcais, que foi imposto à mulher e eximiu muitas vezes a responsabilidade dos homens perante o abandono paterno, como evidenciamos até os dias atuais.

A partir da análise dos documentos da Atenção Básica observa-se que ao mesmo tempo em que há uma tentativa de contemplar as particularidades territoriais, étnicas, culturais, socioeconômicas e de diferentes arranjos familiares, verifica-se que o foco ainda recai sobre a mãe enquanto principal cuidadora, assim como o incentivo da participação do pai em todas as etapas do desenvolvimento do bebê, aproximando-se de um modelo mais tradicional de família nuclear e cuidados. A exemplo disso podemos considerar os trechos descritos a seguir:

A participação paterna em todas as fases de desenvolvimento da criança é um elemento importante para o seu crescimento saudável, pois representa um relevante fator protetivo para a saúde de todos os envolvidos. Geralmente, nos serviços de saúde da Rede SUS, observa-se ainda um baixo engajamento dos pais nas decisões e ações relacionadas à saúde infantil. Inclusive, fala-se muito em saúde materno-infantil, mas pouco ainda em saúde paterno-infantil (relacionada ao vínculo físico, psicológico e afetivo que as crianças estabelecem com aqueles que exercem a função paterna em suas vidas). (Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento - p. 27)

Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação. (Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento - p. 145)

Verifique se no preparo a mãe costuma utilizar liquidificador ou peneira. Explique que o uso desses utensílios pode aumentar a chance de contaminação dos alimentos, além de causar perdas de nutrientes. (Alimentação saudável para crianças menores de dois anos: álbum seriado - p. 19)

O fato de a mãe ser mencionada na maioria das vezes como a principal cuidadora reproduz uma lógica de divisão sexual de papéis, já enraizada em nossa cultura, que naturaliza esse lugar que é imposto ao gênero feminino. Reproduz também uma ideologia individualista, baseada em uma noção de cuidado que coloca no centro um cuidador principal como responsável pelo desenvolvimento infantil, negligenciando outros modos de existência e de cuidados coletivos e comunitários, nos quais grande parte das crianças da sociedade brasileira se constituem. No Brasil, a reprodução da ideia de que é responsabilidade das mulheres o trabalho doméstico e o

cuidado maior com os filhos, emaranha essa rede de desigualdade de gênero tão intrincada e difícil de se desfazer. Salientar a importância do investimento e participação paterna (e não apenas a presença) é uma forma de tentar inserir na discussão o papel do pai como figura central nas fases do desenvolvimento da criança, desfocando o olhar somente da mãe e do discurso normativo de papéis familiares, em que os homens ainda são percebidos como provedores econômicos e referência de autoridade, exercendo a mulher atribuições de cuidado ao marido, ao lar e à prole. Entretanto, ao mencionar a mãe como principal cuidadora e incentivar a participação paterna no processo de desenvolvimento do bebê, as publicações passam a centralizar a discussão do cuidado a partir de uma visão mais tradicional de família, pressupondo que há a presença de uma mãe e/ou de um pai a cuidar desse bebê. Negligência também cuidados envolvidos em outros modos de existência mais coletivos, comunitários, como é o caso dos povos indígenas e quilombolas. A própria Caderneta de Saúde da Criança (2018), apesar de referir o cuidado ao bebê pelos pais/cuidadores, está centrada numa perspectiva em que há um cuidador principal, reproduzindo uma lógica individualista da função de cuidar.

No que diz respeito aos documentos relacionados à Assistência Social, é possível observar a existência de muitas leis e ações socioassistenciais voltadas para a primeira infância, reconhecendo as peculiaridades do desenvolvimento nesse período. Mencionam não apenas a importância do fortalecimento dos vínculos afetivos familiares, mas também comunitários das crianças, vínculos esses tratados como fundamentais nessa etapa do desenvolvimento humano, pois favorecem a formação da identidade e constituição da criança como sujeito e cidadão. Nesse aspecto, é importante que esse fortalecimento ocorra nas ações diárias dos serviços de acolhimento, como as visitas e encontros com a família de origem da criança e com as pessoas de referência do território em que ela estava inserida. Dado que o acolhimento é medida excepcional e provisória e que o afastamento familiar é necessário quando a criança se encontra em situação de risco, vulnerabilidade, negligência e/ou violência, a reintegração à família de origem ou, excepcionalmente, colocação em família substituta, devem ser realizados segundo critérios que assegurem condições favoráveis ao desenvolvimento da criança (Brasil, 2009).

A realidade brasileira nem sempre reflete as orientações técnicas dos manuais e documentos referentes à Assistência Social, já que na prática o acolhimento deixa de ser, muitas vezes, o lar provisório para tornar-se o lar definitivo de crianças e adolescentes até que completem os dezoito anos. Isso ocorre mais frequentemente com crianças em que a família não encontrou condições de lhes ofertar um ambiente protetivo, visto que também possui inúmeras fragilidades, sejam elas de cunho econômico, social ou psicológico, expressões das

questões sociais e de seu impacto na dinâmica familiar. Em situações que não é possível o retorno da criança para sua família de origem, ela poderá ser inserida no Sistema Nacional de Adoção (SNA), todavia, verifica-se que as crianças que possuem algum problema de saúde, deficiência física ou intelectual, transtorno mental, pertencente a um grupo de irmãos, de cor de pele negra e idade acima dos dois anos encontram maior dificuldade de encontrar uma família adotante disposta a acolhê-la. Tais marcadores reforçam a fantasia de que há um “perfil de criança ideal” em nossa sociedade, que é a busca por um bebê de pouca idade, branco, saudável e de preferência que não esteja inserido em um grupo de irmãos (Silva, 2018).

É importante pontuar que quando falamos na particularidade de famílias cujos filhos encontram-se em situação de acolhimento é fundamental considerarmos as desigualdades sociais e seus reflexos na vida dos sujeitos, a fim de que essas famílias não sejam culpabilizadas pelas situações de adversidade. É necessário compreender as circunstâncias e a complexidade das situações que envolvem a retirada da criança de seu convívio familiar, questionando-se e problematizando o que ocorreu com estas famílias para que não estejam com suas crianças e o que levou ao rompimento dos vínculos, como também que recursos foram utilizados para dar assistência a essas famílias. É imprescindível que tenhamos consciência dos efeitos da desigualdade social no país e de como algumas famílias brasileiras lutam pela sobrevivência, reinventando seu modo de vida diariamente, na busca por dar conta das necessidades básicas de seus membros. A realidade por trás disso nos mostra muitas vezes que essas famílias enfrentam o desemprego ou o trabalho temporário, terceirizado e com baixos salários, sendo responsabilizada quase que individualmente por garantir às suas crianças o acesso à educação, saúde, habitação, profissionalização, cultura, esporte e lazer. Desconhecer as particularidades do contexto dessas famílias é contribuir para a reprodução de estereótipos tão frequentemente associados às famílias pobres, tratadas como incapazes e desestruturadas (Fávero, Vitale, Baptista & Ganev 2008).

É possível verificar nos documentos referentes à assistência social que nas ocasiões em que o afastamento da família de origem se faz necessário, a discussão volta-se aos cuidadores/educadores sociais enquanto figuras de referência para a criança, assim como para a transposição direta de um modelo de cuidado centrado em um único cuidador para uma rede de cuidados ampliada, que inclui a comunidade. Nesse sentido o acolhimento institucional é referido enquanto espaço não somente de proteção, mas de constituição subjetiva desses sujeitos. A figura do educador social/cuidador é essencial, pois ele é o responsável pela rotina que as crianças terão dentro e fora do acolhimento institucional, ao se responsabilizar por tarefas que incluem o cuidado com a saúde, alimentação e educação das crianças. Os cuidadores,

juntamente com a equipe técnica, devem realizar estudos de caso visando à qualidade da relação entre educador/criança e do trabalho a ser desempenhado.

É importante que a equipe técnica do serviço de acolhimento auxilie os educadores/cuidadores ou as famílias acolhedoras na oferta de um cuidado individualizado para cada criança e adolescente, baseado na avaliação de suas condições emocionais, história de vida, impacto da violência ou do afastamento do convívio familiar, situação familiar, vinculações significativas e interações estabelecidas. Estes profissionais devem apoiar os educadores/cuidadores ou as famílias acolhedoras no exercício de seu papel, contribuindo para uma construção conjunta de estratégias que colaborem para o desenvolvimento de um ambiente estruturante para a criança e o adolescente. (Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes - p. 48)

Nesse interím, ressaltam-se os limites da vinculação entre educador/cuidador e criança, que não deve desvalorizar a família de origem e sim fortalecer os vínculos afetivos buscando a reintegração da criança, devendo o educador/cuidador estar qualificado e sempre sob supervisão (Brasil, 2009). Dessa forma, cabe frisar a importância da qualificação desses profissionais que vise auxiliar nas intervenções de uma forma mais específica e relacionada com a sua práxis, promovendo um espaço de troca de conhecimentos e de orientações técnicas, mas também de acolhimento das demandas dos educadores, ofertando uma escuta sensível de cuidado para aquele que também cuida.

3.3 Integralidade e intersetorialidade entre a saúde e a assistência social

O eixo em questão contemplará a importância da articulação entre Saúde e Assistência Social, ao abordar os conceitos de integralidade e intersetorialidade, ambos princípios norteadores tanto da Atenção Básica, quanto da Assistência Social. No que diz respeito à integralidade, conforme apontam Silva, Miranda e Andrade (2017), é um princípio que busca continuamente dar conta das necessidades de saúde de um grupo populacional; visa garantir a todo cidadão o direito de acesso aos serviços de saúde desde a prevenção de doenças até o seu tratamento (Brasil, 2004). A integralidade pressupõe a indivisibilidade do homem, que deve ser escutado e olhado a partir de sua singularidade, almejando superar a visão fragmentada de sujeito (Arce & Sousa, 2013).

A intersetorialidade, por sua vez, é um conceito que ainda está em construção; por ter essa característica inconclusa, acaba por estimular a realização de estudos acerca dos desafios, limites e potenciais da intersetorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde (Silva, Miranda & Andrade, 2017). Mesmo que ainda não haja um consenso teórico acerca desse conceito, é compreendida, de modo geral, como uma prática de gestão em saúde que

estabelece espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo, como Saúde, Assistência Social e Justiça (Brasil, 2009).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 passou a desenhar um sistema de proteção social que propiciou a implantação de dois sistemas fundamentais em nosso país: o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em 1990, e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado em 2005. Esses dois sistemas preveem o trabalho interdisciplinar, com equipes compostas por variadas categorias profissionais, apresentando como estratégia o trabalho intersetorial (Chimainski, Ubessi, Martins & Jardim, 2016). A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2006) é considerada a primeira normativa oficial a indicar a intersetorialidade como estratégia para a produção e promoção de saúde e que necessita do envolvimento de diferentes atores sociais, como os trabalhadores, usuários e território na produção de subjetividades mais corresponsáveis e participativas, visando a integralidade do cuidado ao usuário.

Sendo assim, considera-se a relevância tanto da integralidade, quanto da intersetorialidade, enquanto pautas que devem ser assumidas nas políticas e ações que envolvem os programas de assistência e saúde, promovendo a integração dos serviços de forma a garantir o cuidado do sujeito em âmbito macro, por meio de intervenções sociais, políticas ou econômicas. De acordo com Bernardi *et al* (2010, p. 138-139) a intersetorialidade objetiva não só a articulação entre os setores, mas a criação de uma *“dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional”*. Em outras palavras, essa perspectiva baseia-se em uma forma de *“trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida”*.

É possível observar na análise dos documentos que a articulação em rede é sempre exaltada nas publicações, ressaltando-se a importância do trabalho em equipe para o fortalecimento e complementaridade das ações, visando o planejamento e desenvolvimento conjunto de estratégias de intervenção que considerem as necessidades e singularidades de cada sujeito, promovendo a integralidade do cuidado:

O atendimento humanizado de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento requer uma estreita articulação entre o Sistema Único de Saúde - SUS e o Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Desse modo, orienta-se que os órgãos gestores dessas duas políticas desenvolvam estratégias conjuntas e elaborem protocolos de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes que se encontram em Serviços de Acolhimento, bem como de seus familiares. (Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes - p. 40)

A discussão dos casos atendidos, a supervisão continuada, as capacitações e a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial possibilitam que as equipes de saúde

desenvolvam habilidades que permitem: (a) o reconhecimento de situações de vulnerabilidade e risco para a violência; (b) a atuação de forma preventiva junto às famílias e à comunidade; e (c) o aprimoramento de ações de promoção da saúde (SOUZA, 2007). Além disso, o atendimento às vítimas da violência e às suas famílias pelas equipes de saúde deve estar vinculado a redes de proteção e apoio que articulem ações intersetoriais (Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento - p. 211).

Embora fique explícito nos documentos da assistência social e da saúde que ambas as áreas reconhecem a importância da articulação intersetorial para a efetivação da integralidade do cuidado, verifica-se que as publicações não abordam especificidades desse cuidado destinado aos bebês, incluindo aqueles que se encontram em situação de acolhimento institucional, evidenciando a invisibilização dessa população nas discussões acerca do trabalho realizado em rede. Observa-se que a proposta da intersetorialidade, na prática, esbarra em obstáculos históricos, fruto de ações caritativo-assistencialistas, provenientes do modelo de intervenção estatal (Pereira & Teixeira, 2013). Nessa mesma linha verifica-se também a precarização dos serviços oferecidos pelas políticas de saúde e pelas políticas sociais, resultantes do avanço neoliberal do Estado brasileiro nos últimos anos. Nesse sentido, o trabalho intersetorial entre as equipes de saúde e assistência social apresenta-se como um desafio, visto que, apesar de possuírem aproximações e comporem o tripé da seguridade social no país, possuem objetivos distintos e acabam por fragmentar o cuidado direcionado a esses bebês.

Para que o sujeito seja contemplado em sua integralidade, o alinhamento das práticas se faz necessário, de modo que as ações sejam efetivas e que o trabalho deixe de ser multiprofissional para tornar-se intersetorial (Maroja, Fernandes & Júnior, 2020). Quando a rede de serviços públicos está devidamente articulada, oferece diversas possibilidades de alcançar encaminhamentos e/ou desfechos favoráveis para os usuários, garantindo a integralidade na defesa dos direitos da criança e do adolescente. Mas para tornar viável essa articulação também é essencial o compromisso ético por parte dos profissionais em seus campos de atuação, o que envolve, dentre tantas ações, estar disposto a acolher, a escutar, a respeitar as diversidades e fazer do atendimento um encontro humanizado.

A articulação entre os diversos setores da comunidade deve ser considerada um caminho para tornar possível as resoluções complexas como as envolvidas com a proteção integral e o bem-estar físico e emocional dos bebês em situação de acolhimento institucional. Nesse diapasão, destaca-se a necessidade da construção de soluções voltadas ao cuidado que diminuam as desigualdades ainda existentes nesse cenário, contribuindo para a desconstrução dos estereótipos ainda associados às crianças acolhidas e para a visibilidade deste não-lugar que

socialmente ainda lhe é imposto a ocupar. Ao se proporem a acompanhar os movimentos do território, as redes de serviços precisam ser maleáveis às modificações, compreendendo o território como um espaço de pertencimento, de classe e de intrincadas relações de poder, compondo uma realidade que muitas vezes invisibiliza determinadas formas de ser e estar no mundo (Brasil, 2015).

3.4 Repercussões da institucionalização para o desenvolvimento da criança

Esse último eixo tem como propósito discutir as contradições que envolvem os possíveis impactos, negativos e positivos, da institucionalização para o desenvolvimento da criança. A situação de acolhimento institucional historicamente conferiu às crianças/adolescentes uma identidade social que potencialmente marcou-os como “diferentes” frente a nossa sociedade, justamente por carregarem entre tantas marcas, o carimbo de uma família “desequilibrada e incapaz”. Essa família, também é o reflexo de um discurso excludente e higienista, que pune a pobreza e aqueles que desviam do modelo-padrão de família nuclear burguesa, cujos direitos são sistematicamente violados. Após o ECA, a pobreza deixou de ser considerada um motivo para o acolhimento de crianças e adolescentes, no entanto, é possível perceber que a condição socioeconômica das famílias ainda é um fator decisivo para o encaminhamento ao serviço institucional. A antiga família miserável é a nova família negligente. Mudança de termos, mas continuidade de uma prática estigmatizante.

Durante muito tempo, a infância institucionalizada ganhou visibilidade a partir de estudos que tinham como propósito compreender os efeitos negativos da institucionalização para o desenvolvimento saudável das crianças, a dificuldade que teriam em manter relações afetivas duradouras, dos prejuízos cognitivos que poderiam apresentar em um ambiente pouco estimulante e do trauma da separação da família (Moura & Amorim, 2013). Mas será que o desenvolvimento ideal ocorre somente no seio familiar, não sendo possível no abrigo? Como possibilitar a esse bebê outros modelos de cuidado, a partir de outros modos de existência mais coletivos e comunitários que repensem a prática do cuidar desvinculada de um único cuidador?

Embora a análise dos documentos do portal da Atenção Básica tenha demonstrado que essa discussão não foi contemplada em suas publicações, por sua vez, as amostras dos documentos da área da assistência social lançaram luz ao paradoxo entre risco e proteção quando se trata do desenvolvimento das crianças acolhidas:

O reconhecimento, na legislação vigente, do direito à convivência familiar e comunitária, da excepcionalidade e provisoriamente do afastamento do convívio

familiar e dos princípios que qualificam o atendimento nos serviços de acolhimento está fundamentado, dentre outros aspectos, no próprio desenvolvimento científico e nas diversas investigações que mostraram que um ambiente familiar saudável é o melhor lugar para o desenvolvimento da criança e do adolescente. Diversas pesquisas concluíram que o afastamento do convívio familiar pode ter repercussões negativas sobre o processo de desenvolvimento da criança e do adolescente quando o atendimento prestado no serviço de acolhimento não for de qualidade e prolongar-se desnecessariamente. (Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes - p. 13)

Nos primeiros cinco anos e, sobretudo no primeiro ano de vida, as crianças são particularmente vulneráveis à separação de sua família e ambiente de origem. Porém, apesar do sofrimento vivido, se um substituto assume o cuidado e lhe proporciona a satisfação de suas necessidades biológicas e emocionais, a criança pode retomar o curso de seu desenvolvimento (Bowlby, 1988; Dolto, 1991; Spitz, 2000). Por outro lado, quando isso não ocorre, o sofrimento da criança será intenso e, segundo Spitz (2000), ela poderá adoecer e até mesmo chegar à morte. (Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária - p. 31)

Percebe-se que nos documentos analisados os fatores de risco geralmente são mencionados em virtude dos impactos do abandono e do afastamento do convívio familiar para o desenvolvimento da criança, atribuindo demasiada importância quando ocorrem nos primeiros anos de vida do bebê, seguindo a lógica de cuidado centrado no modelo de família nuclear e na relação mãe-bebê. Fatores de risco como violência doméstica, física e psicológica também são citados como agravantes e prejudiciais para o desenvolvimento, assim como o cuidado inadequado e pouco qualificado prestado pelo serviço de acolhimento. O intuito desse eixo do estudo não é discutir acerca das repercussões da institucionalização com vistas a minimizar os possíveis efeitos que uma experiência anterior violenta e até, muitas vezes, traumática pode exercer sobre o psiquismo e o desenvolvimento do bebê, mas colocar em análise em que medida a reprodução de certos determinismos teóricos contribuem para a criação de estereótipos envolvendo as crianças institucionalizadas. Em sua grande maioria, tanto as teorias da psicologia do desenvolvimento, quanto os próprios estudos que abordam a temática dos impactos da institucionalização, salientam os fatores de risco e a repercussão negativa do acolhimento para o desenvolvimento, como déficits cognitivos, comportamentos agressivos, dificuldade em criar ou manter laços afetivos e demais marcas atreladas às crianças que encontram-se em situação de acolhimento institucional (Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2007).

Parra, Oliveira e Maturana (2019) realizaram uma revisão sistemática da literatura nos últimos quinze anos acerca dos efeitos da institucionalização de crianças, haja vista que há diversas pesquisas e perspectivas distintas em torno da questão. As autoras encontraram, dentro do escopo da pesquisa, nove artigos científicos e dois documentos técnicos, os quais retratam a

importância dos profissionais do acolhimento no desenvolvimento das crianças e adolescentes acolhidos; a importância do vínculo materno no desenvolvimento das crianças e como se dá o desenvolvimento psíquico de crianças acolhidas que não têm o devido vínculo; os sentidos e significados atribuídos por crianças em situação de acolhimento a respeito da sua situação, com o intuito de lhes dar visibilidade e proporcionar melhorias nas políticas públicas, assim como a importância da qualificação profissional daqueles que atuam diretamente com essas crianças; a importância dos estímulos para a aquisição da linguagem; o universo e a realidade da criança institucionalizada; as condições gerais de crianças institucionalizadas em um abrigo infantil no Pará; os principais efeitos da institucionalização prolongada de crianças com foco nos aspectos biopsicossociais e relacionados aos vínculos afetivos e familiares; a qualidade da aprendizagem da escrita em crianças acolhidas; construção contínua de formas de trabalhar com crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente.

As autoras (Parra, Oliveira & Maturana, 2019) pontuam que a literatura utilizada para realizar a pesquisa demonstrou que a concepção de abrigo enquanto instituição ainda reproduz características próprias das instituições totais (como prisões, conventos, manicômios, etc). Em uma via de mão dupla, ao mesmo tempo em que as instituições de acolhimento podem proporcionar um espaço protetivo para as crianças que tiverem em algum nível seus direitos básicos violados, também podem contribuir negativamente para o seu desenvolvimento cognitivo e emocional, causando prejuízos no rendimento escolar, comportamento agressivo, mal-estar, redução de vínculos e afeto entre os sujeitos. Para que o desenvolvimento da criança ocorra de forma saudável, longe dos laços constituídos com sua família e comunidade de origem, o serviço de acolhimento deve exercer essa função de cuidado, oferecendo um espaço no qual as crianças sintam-se protegidas e criem vínculos seguros, proporcionando um lugar de acolhimento e socialização, em que possam desenvolver sua autonomia e criatividade.

No que tange aos fatores de proteção, Parra, Oliveira e Maturana (2019) citam que o acolhimento institucional também pode ser um facilitador devido a sua importância para a criança, pois é nesse espaço que ela poderá realizar inúmeras atividades, interações, desenvolver relações e estabelecer laços afetivos com os seus cuidadores e outras crianças. É benéfico que o abrigo propicie abertura à criança para que ela esteja inserida nos diferentes contextos de desenvolvimento e mantenha contato, sempre que possível, com seu território e comunidade, para que ela não perca todas as suas referências de origem e seu sentimento de pertencimento no mundo. Há casos em que o afastamento do convívio com a família de origem

não é um sinônimo de destituição do poder familiar¹, sendo mantido o contato da criança com sua família de origem por meio de visitas assistidas. Nessas ocasiões, é importante que o acolhimento e outros serviços da rede de proteção estejam engajados para auxiliar no fortalecimento dos vínculos entre a criança e a família visando a possibilidade de retorno para o ambiente familiar.

Da mesma forma, também salientam que a ausência materna não necessariamente deixa marcas traumáticas nas crianças acolhidas, mas sim que a falta de qualquer forma de relação de afeto, como carinho, respeito, segurança e vínculo, é que pode ser prejudicial para o crescimento e desenvolvimento da criança, seja qual for o seu contexto sociocultural e econômico. Com base na pesquisa bibliográfica realizada por Parra, Oliveira e Maturana (2019), as autoras encontraram alguns estudos e pesquisas que têm trabalhado a partir de alguns fatores de proteção que podem ser aliados importantes para o desenvolvimento da criança no período em que permanecer acolhida, independentemente da sua faixa etária. Entre os fatores que têm sido investigados estão a idade e o modo como ocorreu a institucionalização, o tempo de permanência no abrigo, a qualidade do cuidado institucional, o ambiente depois da institucionalização, as experiências posteriores na juventude e vida adulta, entre outros.

Conforme já dito anteriormente, cada criança tem sua história e carrega consigo suas singularidades, que ultrapassa todas as pressuposições a seu respeito. No entanto, frequentemente torna-se alvo de decifrações pelo adulto. Assim como há as multifacetadas da infância, a institucionalização também possui as suas, colocando-nos frente à impossibilidade de chegar a qualquer conclusão ou verdade absoluta acerca das suas repercussões, negativas ou positivas, para o desenvolvimento da criança que foi acolhida. É preciso evidenciar, mais uma vez, quanto o discurso normativo das teorias academicistas e hegemônicas podem contribuir para o fortalecimento de alguns estereótipos relacionados aos bebês e crianças institucionalizadas e suas famílias, visto que os estudos científicos muitas vezes passam a reproduzir os mesmos modelos ideais de infância e de configuração familiar tradicional, negligenciando modos de existência coletivos e comunitários. A criança que se encontra em situação de acolhimento não deve ser despotencializada, como se o fato de ter sido retirada do seu convívio familiar lhe privasse de qualquer possibilidade de se desenvolver de forma saudável, estando, portanto, em desvantagem com relação a uma criança que está sob os

¹ Destituição do poder familiar: A perda do poder familiar é a medida mais grave imposta pela legislação brasileira nos casos de descumprimento de deveres e obrigações dos pais em relação aos filhos menores não emancipados, destituindo os genitores de todas as prerrogativas decorrentes da autoridade parental. (Código Civil brasileiro, 2002).

cuidados de sua família. A maneira negativa com que o acolhimento institucional é percebido ainda hoje é resultante de um processo histórico que marginalizou a infância abandonada, partindo de uma concepção caritativa e preconceituosa, na qual a assistência ao pobre, ao “menor abandonado” foi vista como um favor.

Nunca encontraremos verdades absolutas, seja sobre o bebê ou a criança, sobre um ideal de infância, de família ou de cuidados. Cada sujeito traz consigo suas particularidades, experiências, marcas e inúmeras características que o diferem dos demais. O discurso de que “somos todos iguais” simplesmente desvaloriza a subjetividade e não devemos ousar tornarmos-nos uma coisa só. A ideia politicamente correta da supremacia da igualdade encobre diversos preconceitos e disparidades, fazendo ecoar concepções universalizantes, generalistas, determinantes e meritocráticas, muitas vezes embasadas em teorias científicas que se pautam por modelos padrões de comportamento na sociedade que se supõem universais. Desse modo, passam a desconsiderar tamanha diversidade sociocultural e desigualdades existentes no país, construindo padrões que não contemplam a realidade plural das nossas infâncias e famílias no Brasil. Estar fora do padrão é estar sujeito a rotulações, como ocorre com a “família pobre negligente” e a “criança abandonada”. Estar fora desse “padrão ideal” exerce maior impacto para o desenvolvimento da criança do que a própria institucionalização. Não se trata do espaço em que o cuidado é proporcionado a ela, mas sim do quanto não pertencer à norma repercute num processo de invisibilização, fato que pode ser observado quando lançamos luz sobre a realidade dos bebês acolhidos, que tampouco são mencionados nos documentos, nas teorias e literatura científica no Brasil.

4. Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo realizar uma análise documental acerca das políticas de atenção à saúde e assistência social voltadas para os bebês em situação de acolhimento institucional. Buscou-se discutir como a reprodução do modelo de cuidado representado nos documentos contribui para a invisibilização dos bebês inseridos neste contexto, tecendo relações entre Saúde e Assistência Social a partir das normativas descritas nos documentos de domínio público. Identificou-se que a maior parte dos documentos da Atenção Básica não contempla as especificidades do cuidado em saúde com relação aos bebês acolhidos. Já no que diz respeito aos documentos relacionados à Assistência Social, o termo bebê tampouco é mencionado, observando-se a ausência de especificidades referentes ao cuidado ao bebê no contexto institucional.

Observou-se que o grande foco dos documentos analisados referentes à área da saúde se volta para a amamentação, aleitamento materno, importância do vínculo entre mãe-bebê, cuidados de higiene, bem como avaliação do crescimento e desenvolvimento. Atribuem grande importância aos primeiros anos de vida para o desenvolvimento da criança, assim como da função que desempenha o cuidador para o seu desenvolvimento, sobretudo da importância dos vínculos afetivos com a família nesse processo de desenvolver-se do bebê. Contudo, notou-se uma tendência a centralizar o cuidado em um modelo mais tradicional de família nuclear, deixando de contemplar a realidade do cenário institucional de acolhimento. Já as publicações da assistência social salientam não apenas a relação afetiva estabelecida com a criança e os cuidados que ela recebe na família, mas também a relação com sua comunidade, ampliando para outras possibilidades de redes de cuidados.

Os documentos da área da saúde e da assistência social procuram apontar a existência de particularidades étnicas, sociais, culturais e de diferentes configurações familiares quando trata-se do cuidado voltado ao bebê (ou apenas “criança”, como é referido pelas publicações da área socioassistencial). Todavia, percebe-se uma abordagem superficial, que tenta abranger certas diversidades de arranjos familiares e de cuidadores, mas que não contempla especificamente o contexto de cuidado do bebê em situação de acolhimento. Destacaram também a importância do trabalho realizado em rede, ou seja, da articulação intersetorial para a efetivação das políticas públicas voltadas à infância. Contudo, não abordam especificidades do cuidado destinado aos bebês, sobretudo daqueles que estão acolhidos institucionalmente.

A presente análise se centrou nos documentos específicos do Portal da Atenção Básica e do Ministério da Cidadania. Sendo assim, não abrange a extensão de outras publicações que possam abordar o tema em diferentes portais de acesso público. É importante que outros estudos busquem delimitar em que medida as políticas públicas e ações voltadas ao cuidado direcionado aos bebês em situação de acolhimento estejam sendo contempladas na prática, na relação entre Saúde e Assistência Social.

Por fim, espera-se que este trabalho possa contribuir para que as políticas e ações da saúde e da assistência, busquem dar visibilidade aos bebês em situação de acolhimento, compreendendo quais os desafios envolvidos nesse contexto, bem como as potencialidades. Para tanto, é necessário que possamos partir de outros referenciais que possam pensar outros modos de cuidado que não aqueles que se pautam pelo modelo tradicional e individualista de família nuclear, ampliando a visão para modelos coletivos e comunitários, nos quais diversos bebês e crianças se constituem. A institucionalização ainda é importante, mas o que se observa é que por carregar estigmas de um processo histórico que marginalizou e despotencializou a

“criança abandonada”, não recebe o devido investimento público para melhorar a qualidade do atendimento destinado a essa população. Nesse sentido, foi necessário nos voltarmos para a história da infância no Brasil para compreender os desdobramentos e atravessamentos do tratamento desumanizado pelo qual passaram as crianças indígenas e em diáspora africana durante séculos da nossa história, refletindo na construção das políticas públicas voltadas à infância. É fundamental questionarmos os determinismos, as normativas e concepções hegemônicas que naturalizam o que as crianças deveriam ser e o que deveriam ter, pois ele é diferente daquele em que elas vivem, ou, muitas vezes, sobrevivem. Portanto, não há como falar “na infância da criança brasileira”, é preciso lançar luz para a pluralidade das infâncias que coexistem no país, principalmente para aquelas que frequentemente são marcadas pelo esquecimento. Realizar meu estágio curricular no Juizado da Infância e Juventude proporcionou inúmeras inquietações sobre o fazer da psicologia no contexto do sistema judiciário, sistema este tão rígido e reprodutor de uma lógica que é muitas vezes excludente. Pensar para além das amarras foi um desafio que colocou-se presente cotidianamente, a cada novo atendimento, a cada nova família, a cada criança ou adolescente, e a cada história. Foi necessário me implicar e questionar a minha posição, o meu lugar diante do exercício ético e político de se fazer psicologia frente às camuflagens jurídicas de um discurso social que ainda segrega muitas formas de ser e estar no mundo.

Não olhar para os bebês em acolhimento institucional também é negligenciá-los. Devemos lhes dar visibilidade, procurando compreender e respeitar sua particularidade, reconhecer sua dependência, mas não desvalidar sua alteridade, seus sinais não verbais. Permitir que nos indiquem suas necessidades e não pré determiná-las diante de nossas suposições e interpretações. Não tentemos decifrá-los. Ainda que não estejam inseridos no mundo da linguagem, os bebês conseguem se expressar, talvez nós que não estejamos realmente dispostos a escutá-los. E isso também é invisibilizar. E invisibilizar, definitivamente, não é proteger.

Referências

Adrião, M. do C. S. (2013). Os serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes: os desafios e o trabalho com a rede de proteção social. Dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.

Andrade, S. R., Schmitt, M. D., Storck, B. C., Piccoli, T. & Ruof, A. B. (2018). Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. *Revista Cogitare Enfermagem*. V. 23, n. 1 (pp. n.d.). Recuperado em 14 de abril de 2021, de <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53598>.

Araújo, J. P., Silva, R. M. M., Collet, N., Neves, E. T., Toso, B. R. G. O. & Vieira, C. S. (2014). História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V. 67, n. 6 (pp. 1000-1007). Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>.

Arce, V. A. R. & Sousa, M. F. (2013). Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Revista Saúde e Sociedade*. V. 22, n. 1. (pp. 109-123). Recuperado em 15 de abril de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/11.pdf>.

Barbier, R. (1985). O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas. In: Barbier, R. *Pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. pp. 105-128.

Bernardi, A. P., D’Andréa, A. I. R., Zampirolo, D. A., Perini, S. & Calvo, M. C. M. (2010). Intersetorialidade: um desafio de gestão em Saúde Pública. *Saúde e transformação social*. V. 1, n. 1. (pp. 137-142). Recuperado em 15 de abril de 2021, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/408/463>.

Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Universidade de Barcelona, Espanha. Recuperado em 12 de abril de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>.

Brasil. (2004). Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (pp. 1-144). Recuperado em 15 de abril de 2021, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf.

_____. (2006). Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Ministério da Cidadania. Secretaria do Especial do Desenvolvimento Social. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril de 2021, de http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriançasAdolescentes%20.pdf.

_____. (2009). Orientações Técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Brasília, DF. Recuperado em 12 de abril de 2021, de http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento.pdf.

_____. (2009). Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: 2. ed.

Editora do Ministério da Saúde (p. 1-44). Brasília, DF. Recuperado em 15 de abril de 2021, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf.

_____ (2010). Estatística de gênero. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, DF. Recuperado em 13 de abril de 2021, de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>.

_____ (2011). Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília. Recuperado em 13 de abril de 2021, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf.

_____ (2011). Alimentação saudável para crianças menores de dois anos: álbum seriado. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI4OA==>.

_____ (2012). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIXMA==>.

_____ (2014). Síntese de Indicadores Sociais (SIS). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril de 2021, de www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm.

_____ (2015). Cartilha Pai Presente e Certidões. Conselho Nacional de Justiça. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/contendo/destaques/arquivo/2015/04/b550153d316d6948b61dfbf7c07f13ea.pdf>.

_____ (2015). Cadernos HumanizaSUS: saúde mental. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Vol. 5. Brasília, DF.

_____ (2016). A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da síndrome congênita por zika. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ1Mw==>.

_____ (2017). A participação do SUAS no Programa Criança Feliz. Ministério da Cidadania. Secretaria do Especial do Desenvolvimento Social. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril de 2021, de http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/SUAS_no_CriancaFeliz.pdf.

_____ (2018). Caderneta de Saúde da Criança. Brasília, DF. Recuperado em 12 de abril de 2021, de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_12ed.pdf.

_____ (2020). Ministério da Saúde. *Notícias: MS e Fiocruz apresentam nova versão da Caderneta da Criança*. Publicado em 23 de setembro de 2020. Brasília, DF. Recuperado em 13 de abril de 2021, de <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3300-ms-e-fiocruz-apresentam-nova-versao-da-caderneta-da-crianca>.

_____ (s.d.). SUAS e Programa Criança Feliz: atuação integrada. Ministério da Cidadania. Secretaria do Especial do Desenvolvimento Social. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril de 2021, de http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Interac%CC%A7a%CC%83o%20SUAS%20e%20Crianc%CC%A7a%20%20Feliz%20final%20completo%20-%20Diagramado.pdf.

Cavalcante, L. E. C., Magalhães, C. M. C. & Pontes, F. A. R. (2007). Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Revista Alethéia*, n. 25. (pp. 20-34). Recuperado em 16 de abril de 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n25/n25a03.pdf>.

Chaves, A. M. (2000). Os significados das crianças indígenas brasileiras (séculos XVI e XVII). *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Vol.1, n.1 (jan./jun. 1991). Recuperado em 12 de abril de 2021, de <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/39509/42394>.

Chimainski, C., Ubessi, L. D., Martins, S. S. & Jardim, V. M. R. (2016). Atuação do (a) profissional de psicologia em sistemas de proteção social brasileiros. *Revista Mudanças – Psicologia da Saúde*. V. 24, n. 1. (pp. 55-63). Recuperado em 15 de abril de 2021, de <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n1p55-63>.

Cúnico, S. D. & Arpini, D. M. (2014). Família e monoparentalidade feminina sob a ótica de mulheres chefes de família. *Revista Aletheia*, n. 43- 44. (pp. 37- 49). Recuperado em 14 de abril de 2021, de <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3298>.

Dunker, C. & Thebas, C. (2019). *O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas*. São Paulo: Planeta.

Fávero, E. T., Vitale, M. A. F., Baptista, M. V. & Ganev, E. (2008). Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam. In: Fávero, E. T., Vitale, M. A. F., Baptista, M. V (orgs). São Paulo: Paulus.

Gomes, M. M. (2018). A evolução da família: concepções de infância e adolescência. *Revista Educação Pública*. V. 18, n. 16. Recuperado em 15 de abril de 2021, de <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/16/a-evolucao-da-familia-concepcoes-de-infancia-e-adolescencia>.

Henick, A. C. & Faria, P. M. F. (2015). *História da infância no Brasil*. Anais do Congresso Nacional de Educação. XII EDUCERE – PUC-PR, Paraná, Brasil.

Larrosa, J. (2004). *O enigma da infância: ou o que vai do impossível ao verdadeiro*. *Pedagogia profana: danças, piruetas e máscaras*. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica.

Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Recuperado em 12 de abril de 2021, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>.

Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (2002). Institui o Código Civil Brasileiro. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Linhares, J. M. (2016). História social da infância. 1 edição. Sobral: Inta.

Marcílio, M. L. (2006). História Social da criança abandonada. São Paulo: Hucitec.

_____ (2016). A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726-1950. In: Freitas, M. C. (org.). História Social da Infância no Brasil. 9. ed. São Paulo: Cortez.

Maroja, M. C. S., Fernandes, M. N. F. & Júnior, J. J. A. (2020) - Integralidade na formação: compreensão de orientadores e da equipe multiprofissional. Revista NUFEN: phenomenology and interdisciplinarity. V. 12. n. 3. (pp. 176-198). Recuperado em 15 de abril de 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v12n3/a12.pdf>.

Moura, G. G. & Amorim, K. S. (2013) - A (in)visibilidade dos bebês na discussão sobre acolhimento institucional. Revista Psicologia em Estudo. V. 18, n. 2. (pp. 235-245). Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a05v18n2.pdf>.

May, T. (2004). Pesquisa social: questões, métodos e processos. Artmed, 3. ed. Porto Alegre: Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares.

Parra, J. C. & Silva, R. T. C. (2016) - A criança escrava no Brasil escravista (1500-1888). In: Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor PDE. Curitiba: SEED/PR., 2018. V.1. (Cadernos PDE). Recuperado em 13 de abril de 2021, de http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernos/pde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_16_artigo_hist_unespar-paranavai_josecarlosparra.pdf.

Parra, A. C. O., Oliveira, J. A. & Maturana, A. P. M. (2019) - O paradoxo da institucionalização infantil: proteção ou risco? Psicologia em Revista. V. 25, n. 1. (pp. 155-175). Recuperado em 15 de abril de 2021, <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p155-175>.

Pereira, K. Y. L. & Teixeira, S. M. (2013). Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: Reflexões sobre a sua concepção na política de assistência social. Revista Textos e <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12990>.

Perez, J. R. R. & Passone, E. F. (2010). Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. Cadernos de Pesquisa. V.40, n.140 (pp. 649-673). Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/cp/v40n140/a1740140.pdf>.

Poletto, L. B. (2012). A (des) qualificação da infância: a história do Brasil na assistência dos jovens. Anais do IX Seminário de Pesquisa em Educação da região Sul – ANPED SUL.

Recuperado em 14 de abril de 2021, de <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1953/329>.

Portaria n. 2.395, de 7 de outubro de 2009 (2009). Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. Recuperado em 13 de abril de 2021, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html.

Portaria n. 687, de 30 de março de 2006 (2006). Aprova a Política de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Recuperado em 15 de abril de 2021, de http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf.

Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015 (2015). Institui a política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 13 de abril de 2021, de <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/>.

Rizzini, I. (2011). Crianças e menores – do pátrio poder ao pátrio dever. Um histórico da legislação para a infância no Brasil. In: Rizzini, I. & Pilotti, F. (orgs). A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. Ed. São Paulo: Cortez.

Scarano, J. (2010). Criança esquecida das Minas Gerais. In: Priore, M. D. (org.). História das crianças no Brasil. 7. ed. São Paulo: Contexto.

Silva, M.V.S., Miranda, G.B.N. & Andrade, M.A. (2017). “Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar”. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. V. 21, n. 62. (pp. 589-599). Botucatu. Recuperado em 15 de abril de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160420.pdf>.

Silva, T. C. O. (2018). Adoção tardia e a escolha de um perfil ideal: uma afronta ao princípio da prioridade absoluta dos direitos da criança e do adolescente? Revista Eletrônica OAB/RJ. V. 29, n. 2. Rio de Janeiro. Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://revistaeletronica.oabRJ.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Artigo.ADO%c3%87%c3%83O-TARDIA-E-A-ESCOLHA-DE-UM-PERFIL-IDEAL.pdf>.

Souza, J. A. P., Sobrinho, R. S. M. & Herran, V. C. S. (2017). Ressignificando os conceitos de criança e infância. Revista Amazônida. V. 02, n. 1. (pp. 113 –129). Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonida/article/view/41116>.

Torres, L. H. (2008). A casa da Roda dos Expostos na cidade do Rio Grande. BIBLOS: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação. V. 20, n. 1, (pp. 103–116). Recuperado em 13 de abril de 2021, de <https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/724>

Valdez, D. (2004). “Inocentes expostos”: o abandono de crianças na Província de Goiás no século XIX. Revista Inter-Ação, UFG. V. 29, n.1 (pp. 107-129), jan./jun. Recuperado em 13 de abril de 2021, de <https://www.revistas.ufg.br/index.php/interacao/article/view/1334>.

Zoia, A. & Peripolli, O. J. (2010). Infância indígena e outras infâncias. Revista Espaço Ameríndio. Porto Alegre. V. 4, n. 2, pp. 9-24. Recuperado em 13 de abril de 2021, de <<https://seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/12647/10473>>.