



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS  
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**VÍTIMAS DO ABANDONO**

**JANICE BATISTA CARDOSO**

**ORIENTADORA: RITA M. de MELLO**

**PORTO ALEGRE**

**2014**



Ministério da  
**Saúde**



JANICE BATISTA CARDOSO

Relatório apresentado como pré-requisito de conclusão do curso Técnico em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>: Rita M. de Mello

PORTO ALEGRE  
2014

## **AGRADECIMENTOS**

Eu agradeço primeiramente a DEUS, aos meus Amigos Espirituais que sempre estiveram ao meu lado. Agradeço ao meu esposo Cleber Cardoso, ao meu filho Matheus Cardoso, minha mãe Jane e minhas irmãs. Também agradeço a todos meus amigos que me ajudaram e incentivaram nesta etapa de minha vida. Aos meus colegas e professores, a minha orientadora, meu muito obrigado.

## **RESUMO**

Este trabalho de conclusão do curso de Técnico em Enfermagem da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) relata um estudo de caso vivenciado no campo de estágio do Hospital da Criança Conceição (HCC). O caso traz a discussão de fatores que podem ter contribuído para o abandono de uma criança por mãe usuária de substâncias psicoativas. Também aborda a situação de vida da família, o cuidado realizado nos serviços de saúde e questões como a Política de Humanização, a Rede de Saúde, o panorama das drogas no Brasil, a história do abandono de criança, Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o Plano Emergencial Álcool e Drogas e o cuidado da equipe de saúde e do Técnico em Enfermagem. Todos diretamente relacionados ao processo de cuidado.

Palavras chaves: Criança, família, dependência química, cuidado

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS- Síndrome da imunodeficiência adquirida

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CAPS i- Centro Atenção Psicossocial infância e adolescência

CAPS II- Centro de Atenção Psicossocial tipo II Adulto

CAPS-AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

DSTs- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

GHC- Grupo Hospitalar Conceição

HCC- Hospital da Criança Conceição

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

PEAD- Política Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas

SUS- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2</b>	<b>HISTÓRIA DE TIME</b> .....	7
2.1	PANORAMA DA DROGA NO BRASIL.....	8
2.2	A HISTÓRIA DO ABANDONO DE CRIANÇAS.....	10
2.3	ECA- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	11
2.4	A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	12
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	13
<b>4</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	15

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo de caso é baseado na vivência do campo de estágio do Curso de Técnico em Enfermagem, da Escola GHC, referente à unidade temática-Saúde da Mulher e do Homem, da Criança e Adolescente, realizado no segundo semestre, no 1º anexo do Hospital da Criança Conceição (HCC), pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), formado pelos hospitais: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina, 12 Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária, 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II e CAPS ADIII), Consultório na Rua, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde- Escola GHC e da Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar. É uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e o atendimento é 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O GHC situa-se em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (BRASIL, Ministério da Saúde. GHC, 2012).

Durante este estágio, acompanhei várias crianças, mas uma em especial me chamou atenção, não por sua patologia clínica, mas pela sua história de vida, o menino Time, como vou chamá-lo.

O objetivo desse trabalho é apresentar e discutir a questão do abandono de Time e de sua família devido a situação de risco e vulnerabilidade, de como o uso nocivo da droga afeta o indivíduo, a família e a sociedade em geral. E, que conseqüentemente, afeta a maneira de pensar no cuidado do Técnico de Enfermagem.

Assim o estudo de caso traz questões de vida que impactam significativamente no cuidado que realizamos nos serviços de saúde como: a Política de Humanização, a Rede de Saúde, o panorama das drogas no Brasil, a história do abandono de criança, ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o Plano Emergencial Álcool e outras Drogas, elementos que deveriam estar inseridos no contexto social destes usuários. E no caso de

Time, apresentam se fragilizados. De uma maneira breve os descreverei, mas primeiramente trago a história de Time.

## 2 HISTÓRIA DE TIME

A história tem como cenário o 1º Anexo do Hospital da Criança Conceição (HCC) que possui 04 quartos, 18 leitos, destinados a crianças de 06 meses a 03 anos, com patologias respiratórias (asma, bronquite, bronquiolite ) entre outras. A equipe é composta por 01 Enfermeiro, 01 Auxiliar administrativo e 05 Técnicas em Enfermagem por turno.

Time, menino de 07 meses, fora trazido ao hospital por uma tia, com quadro de bronquiolite, febre, tosse, portador do vírus Imunodeficiência Humana (HIV), sem fazer uso de antiretrovirais. Time mostrou-se calmo, bem tranqüilo, ficava no berço só observando os movimentos. As Técnicas em Enfermagem que ficaram responsáveis por ele, durante o período de internação, davam alimentação, medicação, faziam a higiene, e ele sempre risonho.

Durante a internação ficou a maior parte do tempo sozinho, sendo que a bisavó vinha visitá-lo, após o seu trabalho. Num destes momentos tive a oportunidade de me aproximar dele, brinquei com ele e pude conversar com a bisavó que relata que a mãe de Time, era uma jovem portadora do vírus HIV e usuária de substâncias psicoativas (crack e cocaína) não tinha interesse e nem condições de cuidar do menino. Isto se verificou, pois em nenhum momento se fez presente no hospital.

A bisavó conta ter criado outros netos e embora verbalizasse interesse em responsabilizar-se pela criança, não tinha condições para tal, uma vez que trabalhava o dia todo e recusou-se a informar o endereço correto da residência para a Assistente Social.

Durante o tempo que estive próximo da bisavó, observei a preocupação em relação à família, sendo idosa, ela ainda trabalhava como cozinheira, num restaurante no centro de Porto Alegre, e, sempre vinha ver o menino. Mesmo vivendo numa comunidade carente, tendo um ambiente familiar conturbado pela presença da droga, ela demonstrava interesse pela responsabilização do menino, algo que não conseguiu manter.

Um fator importante que chamou a atenção foi a percepção e o entendimento que a bisavó tinha de quanto a droga estava destruindo o

cotidiano da sua família, com destaque para o afastamento da mãe de Time, o que acarretaria na perda de guarda desta criança.

A utilização de drogas por um dos membros da família denuncia que a estrutura familiar está comprometida em diversos setores das relações humanas. Segundo BRASIL, (2006) o usuário se afasta da família, passando maior tempo consumindo a droga ou com pessoas que também fazem o uso.

Diante da proximidade de alta hospitalar de Time e sem nenhum familiar responsável para cuidá-lo, a equipe de saúde (médica Pediatra, Enfermeiro, Assistente Social) mesmo tendo conhecimento do interesse da bisavó, mas ciente de suas limitações (sem condições de cuidar diretamente do menino) e, que a mesma, moradora da zona norte/ eixo Baltazar, Porto Alegre, um local de risco e vulnerabilidade, com precárias condições de moradia, sem asfalto, sem escola, sem referência de unidade básica de saúde e com a presença constante do tráfico e prostituição. Vieram solicitar a intervenção do Conselho Tutelar e do Juizado da Criança e da Juventude

No caso de Time fica evidente uma forma de negligência, que para Ballone (2004) ao estudar a violência de um modo geral, se inclui a negligência infantil, e costuma-se diferenciar em negligência física (falta de alimentação, higiene) e a psicológica (privação de contato emocional e afetivo).

E, nesta situação, é necessário resgatar a família como unidade que cuida, mas que também precisa ser cuidada. Pois a ausência de cuidados pode ser vista pela inexistência ou precariedade de serviços de saúde, educação e assistência social.

A seguir de maneira breve descrevo elementos importantes para o cenário do estudo de caso de Time.

## 2.1 PANORAMA DA DROGA NO BRASIL

A história das drogas se mescla a da humanidade, sendo possível afirmar que todas as sociedades já fizeram uso. Atualmente o consumo de drogas apresenta um grande crescimento tornando-se um problema de saúde pública. No Brasil, o crack chegou ao início da década de 1990, inicialmente em São Paulo após expandiu-se para várias cidades brasileiras.

Hoje é considerada a mais temida droga, devido às conseqüências que traz para o usuário, família e comunidade. Conforme Brasil, (2006) o crack por ter a possibilidade de fabricação caseira e baixo preço demonstra certa

facilidade de acesso, substituindo de certa forma a cocaína refinada que possui valor mais alto. Atraindo assim vários jovens que se juntaram aos usuários de cocaína injetável que viram no crack a opção de uma substância de efeitos igualmente intensos.

O crack é o lixo da cocaína transformada na substância fumada pelo usuário. Seu efeito é mais intenso e mais rápido do que da cocaína.

Crack é uma droga derivada da pasta base da cocaína, acrescida de misturas como bicarbonato, amônia e até soda cáustica. “Este material é “fritado” até virar uma pedra que, ao ser fumado, vai emitir um barulho parecido com “crack, crack”. (Nogueira, 2011, p.32)

O prazer que esta droga causa, desde a primeira vez que o indivíduo faz uso é tão forte que passa a usá-lo com freqüência, devido seu alto poder de dependência.

O uso passa a ser compulsivo, pois o efeito dura apenas de 5 a 10 minutos e a “fissura” (vontade) em usar novamente a droga torna-se incontrolável. Segue-se repentina e profunda depressão e surge desejo intenso de uso repetido imediato. (BRASIL, Cartilha sobre o crack, 2011, p.09)

Wright e Chisman (2004, p.265) ressaltam que o “fenômeno das drogas constitui um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo, família e sociedade”.

Ramos (2008, p.99) ressalta que “apesar de seus usuários serem, na maioria jovens, já se constata casos entre crianças e adultos de todos os segmentos econômicos.”

O consumo de crack afeta a saúde física e mental do indivíduo, e apresenta como fatores predominantes: problemas pulmonares, AVC, destruição de células cerebrais e degeneração muscular, insônia, queimaduras labiais, depressão, ansiedade, agressividade, promiscuidade que leva o risco de contrair AIDS e outras DSTs, desemprego, abandono do estudo. Problemas com a justiça, envolvendo a criminalidade. A deteriorização das relações familiares, abandono do lar, violência doméstica. (BRASIL. Cartilha sobre crack, 2011, p.10)

A família deve ser uma unidade cuidadora, responsável por transmitir valores éticos e morais, por proteger e prevenir os seus membros. Mas ao vivenciar a dependência química tem sua dinâmica afetada acarretando na fragilização das relações.

Assim a perda da guarda de filhos é uma conseqüência comum. De acordo com BRASIL, (2006) o uso constante de crack é inversamente proporcional aos cuidados necessários que um pai ou uma mãe devem dar.

E neste relato de caso no qual a droga está inserida, percebe-se o abandono não só de Time, mas também de sua mãe, enfim da família, por toda uma rede que deveria estar inserida na vida destas pessoas. Assim, verifica-se a vulnerabilidade destas pessoas por pertencerem a uma parcela da população de baixo poder aquisitivo e residente de uma área de risco onde convivem com situações de exposição acarretada pelo tráfico e com falta de estruturas sociais tais como: Unidade de Atenção Primária à Saúde, escolas (infantil e de ensino fundamental) e ausência de perspectivas de trabalho.

## 2.2 A HISTÓRIA DO ABANDONO DE CRIANÇAS

O abandono de crianças no Brasil e no Mundo é um fato antigo, o que variam são as motivações, as circunstâncias, as causas, as atitudes em que o ato é praticado.

Segundo Weber (2000, p.32) “é no contexto da pobreza que se encontra a maioria dos casos de abandono de crianças: o abandono tanto pela negligência quanto o abandono nas ruas, nos lixos e nas maternidades”.

Sabe-se que o abandono foi comum até o final da Idade Média – período em que a criança era reconhecida como um grupo de segunda categoria - um ser imperfeito que necessitava sair do seu estado infantil para merecer algum respeito.

Na Itália, ao longo dos séculos XV e XVI foram criados pequenos hospitais para os expostos, denominado Roda dos Expostos ou Enjeitados.

As rodas eram feitas de madeira, cilindro oco que girava em torno do seu próprio eixo e mantinha uma porta voltada para rua. Sem ser identificada a mãe deixava seu bebê e rodava o cilindro a 180°, o que fazia a porta ficar voltada para o interior do prédio. (MUSEU DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 2001).

Mas segundo Weber (2000, p.31) “o abandono através das Rodas, indubitavelmente, era um infanticídio em longo prazo, pois a maioria não sobrevivia”.

No Brasil as rodas foram criadas do século XVIII, sendo a única proteção à criança abandonada, e existiram até 1950. Em 1990, o Brasil promulgou uma lei específica para crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

### 2.3 ECA- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Lei nº8.069, foi criada em 13 de julho de 1990, assegurando à proteção integral a criança e ao adolescente.

No Art. 4º(Título I):

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

Time está exposto ao abandono, à dependência química e a falta de condições físicas e psíquicas da mãe, em cuidar da sua própria saúde e, conseqüentemente, de uma criança. Considerando estes fatores a equipe de saúde procurou ajuda através da intervenção do Conselho Tutelar e do Juizado da Criança e da Juventude.

No Artigo 19 (cap. III) do ECA:

Toda a criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

Já o Art. 13(cap.II) do ECA diz: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”. Estes encaminham para abrigos públicos ou privados, no qual a criança permanece até que os pais apresentem condições físicas e psicológicas para a criação dela.

No Art. 101(cap.II, § 1º)

O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para a reintegração familiar ou, não sendo possível, para colocação em família substituta, não implicando a privação da liberdade.

Verifico que esta família poderia ser mais bem assistida nas questões da dependência química, na desagregação da família, na negligência infantil se

houvesse uma Rede de Atenção na qual a atuação dos profissionais da atenção Primária à Saúde fosse de maneira interdisciplinar e articulada com os serviços de saúde tanto da atenção secundária (CAPS, ambulatório, unidade básica de saúde...) como da atenção terciária (hospitais, clínicas...).

#### 2.4 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei 8080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira. Com a Reforma Psiquiátrica em 2001, houve a ratificação das diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garantindo aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valorizando a descentralização do modelo de atendimento (BRASIL, 2003).

Tratar as famílias dos dependentes é uma necessidade, uma vez que eles adoecem sem fazer uso de drogas. Contudo, a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários confere redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, e às necessidades da população.

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulado à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde.

Este é o compromisso da saúde: fazer proliferar a vida, e fazê-la digna de ser vivida. Para tanto é compromisso do Ministério da Saúde: criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins, executar e avaliar tais políticas assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer. É compromisso do SUS: fortalecer seu caráter de rede incitando outras redes à conexão, isto se dá através do estabelecimento de vínculos, da construção da co-responsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os

serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema (BRASIL, 2003).

Ainda é um grande desafio instituir políticas preventivas onde a população vive com maior risco do contato com a droga. E, são nestas comunidades que deveriam ser incluídas programas sociais (campanhas de prevenção a álcool e drogas, educação, saúde), alternativas ocupacionais (eventos esportivos, culturais, projetos de inclusão social). (BRASIL, 2009).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como estagiária verifiquei que o vínculo que o Técnico em Enfermagem estabelece com a equipe médica e com usuário vai além das terapias medicamentosas, inclui o desenvolvimento do diálogo, do olhar para o outro, enfim, uma percepção mais ampla do cuidado.

E através do cuidado das necessidades básicas (higiene, conforto, alimentação), do cuidado humanizado, do diálogo, da escuta, da observação que este profissional de enfermagem desenvolve com o usuário, que podem ser reconhecidos problemas relacionados com a droga.

No entanto, é importante salientar que famílias como a de Time, o olhar do profissional deve ser sempre muito atencioso, pois além da patologia clínica, existe um problema social, para ser resolvido. A diversidade e complexidade que envolve o consumo de drogas têm demandado a necessidade das redes de saúde contemplar esta clientela que se encontra em crescimento.

Embora o SUS tenha obtido avanços importantes, ainda não conseguiu resolver a maior parte dos problemas de saúde da população que vive em situação de risco e vulnerabilidade aos problemas acarretados pelo fácil acesso às drogas, à violência, as DSTs, a prostituição, a criminalidade, o abandono destas famílias.

E, no estágio do Hospital da Criança, pude observar o quanto o cuidado ao usuário e sua família tem que ser pautado na ética, na humanização e na assistência integral.

Aprendi com esta vivência que devemos nos despir dos preconceitos e olhar o abandono não só como uma atitude de negligência, mas ver nesta família o quanto o vínculo afetivo está fragilizado pelo envolvimento com as drogas, pela falta de educação, de acesso a informações e precariedade ao acesso a saúde.

E neste contexto que as políticas públicas deveriam investir em ações e diretrizes preventivas que promovam o acesso à educação, à saúde, a espiritualidade e à qualidade de vida destas famílias com a finalidade de fortalecer fatores protetores e minimizar os riscos já referidos, bem como, qualificar os profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BALLONE, G.B. **Criança adotada e de orfanato**. Disponível em: [www.psiqweb.med.br/infancia.2004](http://www.psiqweb.med.br/infancia.2004). Acesso em 03/03/2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Relatório Social 2012**. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/img/relatorioSocial/relatorio2012.pdf>
- BRASIL. Portal Brasil. **Crack é possível vencer**, 2006. Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/efeitos-e-consequencias/fisicos>. Acesso em 17/02/2014
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça, 2011. **Cartilha sobre o crack**. Disponível: <http://www.cnj.jus.br/images/campanhas/Crack/cartilha%20crack%20v1%20revisado.pdf> . Acesso 22/02/2014
- BRASIL. Portal Brasil. **Crack é possível vencer**, 2006. Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/efeitos-e-consequencias/vida-social-e-familiar> Acesso em 17/02/2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso 26/01/2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas. 2009**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html). Acesso em 06/02/2014
- ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em 12/02/2014
- MUSEU DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. **Roda dos expostos**, 2001. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/portal/site/quemsomos/museu/arodadosexpostos>, acesso 23/01/2014
- NOGUEIRA, Cláudio Martins. **Drogas o que elas podem fazer por você**. 2011, p.01-68. Disponível em: <http://canalminassaude.com.br/workspace/uploads/publicacoes/cartilha-sobre-drogas-senac-4ecd5777d1dc3.pdf>. Acesso em 24/02/2014
- RAMOS, Sérgio de Paula. **O crack, o pai e os psiquiatras e psicanalistas**. In: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. V.30 nº.2, p.99-100. Porto Alegre. Maio/Agosto, 2008.
- WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj. **Os filhos de ninguém abandono e institucionalização de crianças no Brasil**. In: Revista Conjuntura Social, RJ. nº 4, p.30-36 RJ. julho 2000.
- WRIGHT, Maria da Glória Miotto; CHISMAN, Anna McG. **A saúde internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na**

**América Latina.** Texto e Contexto de Enfermagem. V.13, nº002, p.264- 271.  
Abril/Junho 2004, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.