



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

Clara Sarmento de Oliveira

**Mulheres-mães na unidade de Neonatologia do HU/UFSC: reflexões a partir do Serviço  
Social**

Florianópolis  
2024

Clara Sarmento de Oliveira

**Mulheres-mães na unidade de Neonatologia do HU/UFSC: reflexões a partir do Serviço Social**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Dra. Michelly Laurita Wiese

Florianópolis

2024

## FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Clara Sarmento de

Mulheres-mães na unidade de Neonatologia do HU/UFSC: : reflexões a partir do Serviço Social / Clara Sarmento de Oliveira ; orientadora, Michelly Laurita Wiese, 2024.

66 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

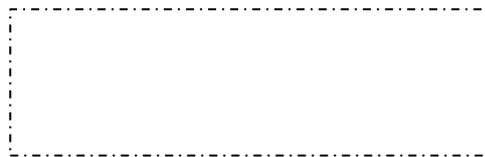
1. Serviço Social. 2. Cuidado. 3. Serviço Social. 4. Família. 5. Política Social. I. Wiese, Michelly Laurita. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Clara Sarmento de Oliveira

**Mulheres-mães na unidade de Neonatologia do HU/UFSC: reflexões a partir do Serviço Social**

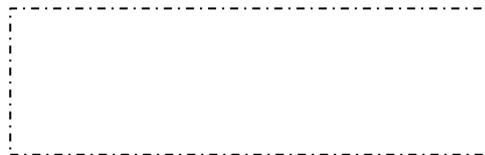
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de bacharel(a) e aprovado em sua forma final pelo Curso Serviço Social

Florianópolis, 1 de agosto de 2024



Coordenação do Curso

**Banca examinadora**



Prof.(a) Michelly Laurita Wiese, Dr.(a)

Orientador(a)



Prof.(a) Keli Regina Dal Prá, Dr.(a)

Universidade Federal de Santa Catarina



Adriane Denise Fonseca Lopes

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Florianópolis, 2024

## AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Departamento de Serviço Social da UFSC, pelos ensinamentos tão importantes e necessários a minha formação.

Aos professores:

Dra Keli Regina Dal Pra, pelos conhecimentos compartilhados nas aulas de Disciplina de Serviço Social e Saúde.

Professor Diego Arenaza Vecino, pelo incentivo à descoberta de valorizar a vida em sua essência através da prática de Hatha Yoga.

Ao Hospital HU/UFSC, por tornar possível minha pesquisa, viabilizando os caminhos para sua concretização.

A toda a equipe de Serviço Social do HU/UFSC, pela recepção e aprendizado. Especialmente à Adriane Denise Fonseca Lopes, supervisora de estágio, por todo acolhimento e pelo exemplo de responsabilidade e compromisso no trabalho na unidade de Neonatologia.

À Dra. Michelly Laurita Wiese, pela orientação do TCC e acompanhamento de todo o processo, transmitindo segurança e confiança.

Às mães dos recém nascidos na Neonatologia do HU/UFSC, pela participação nas pesquisas realizadas, através de depoimentos sinceros e transformadores.

À psicóloga Nicole Hopperdizel, pelo acompanhamento e suporte durante a graduação.

A Deus e a minha família, pelo apoio incondicional, amor e incentivo.

A mim mesma pela minha capacidade, persistência e esforço na adaptação de uma nova vida em Florianópolis, com muitos percalços, entre os quais uma pandemia mundial. Uma superação que inclui acreditar num futuro em que o Serviço Social poderá cumprir o seu verdadeiro papel na transformação que o Brasil e o mundo precisam.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta como tema o trabalho do Serviço Social com as famílias na unidade de Neonatologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Desenvolve a partir do objetivo geral de analisar o trabalho do Serviço Social no atendimento as demandas sociais e de saúde das famílias com recém-nascidos internados no setor neonatal no HU/UFSC. Compõe-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória com aplicação de entrevistas semiestruturadas com quatro mães da área de Neonatologia, no primeiro semestre de 2024. Foram tratados temas como: família e rede de apoio; principais dificuldades em acompanhar a internação do recém-nascido e a atuação do Serviço Social na unidade e o trabalho da equipe neonatal. Como resultados da pesquisa, se indica a sobrecarga das mães dos recém-nascidos, que estão como acompanhantes singulares de seus bebês. Nesse segmento, se revela a naturalização do cuidado como responsabilidade das mulheres. Também se pontua, à falta de infraestrutura na Neonatologia para manter mais pessoas que compõem a rede de apoio do recém-nascido, dificultando o equilíbrio sobre os cuidados do bebê entre a mãe e o pai. Sobre o Serviço Social, este acompanha as demandas sociais e de saúde das famílias da unidade, sendo mencionado com avaliação positiva pelas mães entrevistadas. Como ações de intervenção da profissão, destaca-se o acolhimento realizado as famílias durante toda a internação, as orientações acerca de instrumentos que resultam no acesso a saúde e outros direitos sociais e a aplicação e defesa de aparatos democráticos que possibilitem na participação da população na organização e concretização dos espaços públicos. Como conclusão, pode-se destacar que a referida unidade apresenta limitações e potencialidades no que se refere ao atendimento prestado às famílias da Neonatologia. Como potencialidades, ressalta-se os eventos de formação e capacitação da Maternidade, as atividades de integração entre as famílias e o trabalho das equipes de atendimento psicossocial. Enquanto limitações, aponta-se a insuficiência de espaço e condições para o atendimento íntegro das demandas das famílias. Também, pontua-se a falta de reconhecimento do Serviço Social no campo profissional e a falta de infraestrutura na instituição para melhor realização dos atendimentos prestados pela equipe.

**Palavras-chave:** Família. Mulheres. Cuidado. Serviço Social. Política Social.

## ABSTRACT

The theme of this Final Paper is Social Work's work with families in the Neonatology unit at the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina. It develops from the general objective of analyzing the work of the Social Service in meeting the social and health demands of families with newborns admitted to the neonatal sector at HU/UFSC. This is a qualitative and exploratory study that used semi-structured interviews with four mothers from the Neonatology department in the first half of 2024. The topics covered were: family and support network; the main difficulties in monitoring the newborn's hospitalization, the role of the Social Service in the unit and the work of the neonatal team. The results of the research show that the mothers of newborns are overburdened as the sole companions of their babies. In this segment, the naturalization of care as women's responsibility is revealed. There is also a lack of infrastructure in neonatology to keep more people in the newborn's support network, making it difficult for the mother and father to balance the care of the baby. As for the Social Service, it monitors the social and health demands of the families in the unit, and was mentioned positively by the mothers interviewed. The profession's intervention actions include welcoming families throughout their hospitalization, guidance on the instruments that result in access to health and other social rights, and the application and defence of democratic apparatuses that enable the population to participate in the organization and implementation of public spaces. In conclusion, it can be highlighted that this unit has limitations and potential in terms of the care provided to families in Neonatology. As potentials, we highlight the Maternity Unit's training and capacity-building events, the integration activities between families and the work of the psychosocial care teams. Limitations include insufficient space and conditions to fully meet the families' demands. There is also a lack of recognition for Social Work in the professional field and a lack of infrastructure in the institution to better provide the services provided by the team.

**Keywords:** Family. Mothers. Care. Social work. Social Policy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAHU Associação Amigos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

CADÚNICO Cadastro Único

CAP'S Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

IAP'S Instituto de Aposentadorias e Pensões

IFSC Instituto Federal de Educação

IHAC Iniciativa Hospital Amigo da Criança

LOAS Lei Orgânica de Assistência Social

MS Ministério de Saúde

PNAS Política Nacional de Assistência Social

PNAR/HU Pré-Natal de Alto Risco

HU/UFSC Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

RN Recém-nascido

RNs Recém-nascidos

SUS Sistema Único de Saúde

TAEs Técnicos-administrativos em Educação

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCINCa Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCINCo Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UDESC Universidade do Estado de Santa Catarina

UNICEF Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

UNISUL Universidade do Sul de Santa Catarina

UTI Unidade de Terapia Intensiva

UTIN Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E O SUS NO BRASIL	12
3	RELAÇÃO FAMÍLIA E E CUIDADO NA POLÍTICA SOCIAL	<b>Erro!</b>
	<b>Indicador não definido.</b>	
3.1	O cuidado e a responsabilização das famílias	26
3.2	As famílias e o Serviço Social na saúde	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4	OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA	33
4.1	O HU/UFSC e a unidade de Neonatologia	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.2	O Serviço Social na unidade de Neonatologia no HU/UFSC	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.3	Aspectos metodológicos da pesquisa de campo	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.4	A realidade das mães com recém-nascidos internados no HU/UFSC	<b>Erro!</b>
	<b>Indicador não definido.</b>	
5	CONCLUSÃO	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	60
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	60
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	63

## 1 INTRODUÇÃO

Tendo em vista que o que motiva um pesquisador é a curiosidade, o respectivo Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem o objetivo de apresentar o trabalho do Serviço Social no atendimento as demandas sociais e de saúde das famílias com recém-nascidos internados na unidade de Neonatologia no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC).

O TCC se caracteriza por apresentar os resultados e análise de uma pesquisa qualitativa e exploratória realizada a partir de entrevistas com as famílias da unidade de Neonatologia, durante o processo de estágio obrigatório da pesquisadora, no HU/UFSC, de março de 2023 a agosto de 2024. A pesquisa tem por objetivo geral identificar e analisar as demandas sociais e de saúde das famílias atendidas pelo Serviço Social na Neonatologia do HU/UFSC. Como objetivos específicos são: I) verificar qual a percepção que as famílias têm dos atendimentos realizados pela equipe da unidade; II) constatar a avaliação que as famílias fazem sobre a ação profissional da assistentes social neonatal; III) refletir sobre o papel do Serviço Social no processo de internação do recém-nascido para as famílias e; V) indicar as potencialidades e limitações da ação profissional das assistentes sociais no atendimento nesse campo institucional.

A inspiração para a seguinte pesquisa originou-se da experiência de estágio da autora, que acompanhou as famílias da unidade de Neonatologia durante um ano e meio. Ao perceber a riqueza de aspectos presentes na dinâmica das famílias do ambiente, a pesquisadora escolheu como núcleo de sua pesquisa, as famílias com recém-nascidos (RNs) internados na instituição.

No decorrer do último semestre de estágio e no período da realização das entrevistas, houve na UFSC houve uma greve de TAEs, docentes e estudantes<sup>1</sup>, impactando no processo de execução da pesquisa. Foram afetadas as atividades de supervisão de campo e acadêmica. Por conta disso, foram realizadas menos entrevistas do que o previsto e o tempo de análise do conteúdo foi breve. Entretanto, o trabalho estabelece-se com a mesma importância que o planejamento inicial, concluindo seus objetivos.

Nesse sentido, a reflexão acerca da contribuição do Serviço Social para as famílias da unidade de Neonatologia se consolida de extrema relevância, visto que, a equipe atua no

---

<sup>1</sup> Os servidores Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) do HU/UFSC aderiram à greve nacional de sua categoria, no dia onze de março de 2024 até o início de julho do respectivo ano. O corpo docente da UFSC também decidiu juntar-se a greve nacional dos professores das universidades federais, do dia sete de maio de 2024 a 17 de junho de 2024. Por fim, os estudantes do curso de Serviço Social da universidade unificaram a greve nacional, estando de greve pelo período de 6 de junho a 24 de junho.

acolhimento, adaptação e viabilização dos direitos sociais das famílias perante um estado de vulnerabilidade e fragilidade, com o recebimento de diagnóstico de seu RN, a adequação a uma nova realidade e rotina hospitalar.

Quando um recém-nascido nasce, a família encontra-se em um momento de diversas mudanças, uma vez que, um bebê exige inúmeros cuidados. Contudo, ao receber a notícia que seu recém-nascido precisa ser internado, esse processo se torna muito mais desafiador. Com seu novo membro aos cuidados intensivos, a família precisa se organizar para se adaptar a uma nova fase. Esse período é marcado por impactos psicológicos, sociais, econômicos e físicos.

Na Neonatologia do HU/UFSC, se faz evidente a vulnerabilidade dos usuários. Essa fragilidade, a princípio, aparece nas diversas composições de famílias brasileiras, que são transpassadas pelas expressões da questão social, constituídas por: mães solas que não possuem rede de apoio, mães e pais que não residem em Florianópolis, grávidas adolescentes, mães com transtornos psíquicos, pessoas em situação de rua, imigrantes, pessoas em uso de psicoativos, pessoas com vulnerabilidade socioeconômica entre outros. Além de seus próprios desafios, as famílias convivem com a incerteza quanto ao futuro do neonato.

Com isso, o Serviço Social manifesta-se como uma das principais profissões de acolhimento às famílias do setor. Utilizando-se dos instrumentais da profissão e colocando em prática as dimensões teóricas-metodológicas, éticas-políticas e técnico-operativas investigativas e formativas, a equipe de assistentes sociais dirige-se para a viabilização do acesso aos direitos sociais dos usuários e a concretização dos princípios do SUS.

Portanto, se faz fundamental estudos acerca deste assunto para evidenciar para sociedade sobre a importância do cuidado humanizado à família com recém-nascido internado, visto que, este aspecto impacta no progresso do RN e no processo de internação.

Além disso, estudos sobre a atuação do Serviço Social na Neonatologia, são escassos, e por isso, essa pesquisa se faz importante na expansão do conhecimento e capacitação da profissão sob essa unidade, visando à reflexão sobre as atribuições e ações de um assistente social nos cuidados da mulher e da criança.

Nesse contexto, o seguinte trabalho se divide em cinco seções. A primeira seção introduz o leitor ao tema abordado e o motivo do assunto escolhido. A segunda seção apresenta o levantamento teórico realizado sobre a trajetória do Serviço Social na saúde e a implementação do SUS no Brasil. Na terceira seção, desenvolve-se sobre a delegação do cuidado como responsabilidade da família, e a relação com a política social. Em seguida, são apresentados os dados da pesquisa realizada e a análise dos dados coletados. Por fim, são descritas as considerações finais acerca dos aspectos tratados durante o trabalho.

## 2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E O SUS NO BRASIL

A primeira seção aborda sobre a trajetória do Serviço Social na saúde, com recorte a partir da década de 1980 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ao longo do texto, discorre-se a respeito dos sistemas de saúde mais evidentes do século XX. Sobre a profissão, se destaca o movimento de reconceituação entre as décadas de 1960 a 1980. Ao final, desenvolve-se uma análise acerca da conjuntura atual, relacionada à saúde, com o intuito de situar o leitor e iniciar a temática, que será aprofundada nas próximas seções.

Atualmente, na sociedade brasileira, a saúde é uma das principais áreas de atuação do Serviço Social. Esse fato é concretizado a partir de 1945, com influência norte-americana e o término da 2ª Guerra Mundial, quando a área da saúde se torna um dos principais setores de recrutamento de assistentes sociais. O Serviço Social originou-se no Brasil na década de 1930, com ações para responder as necessidades da classe trabalhadora, advindas do movimento da totalidade concreta, em um cenário de alto desenvolvimento da industrialização e mudanças na divisão sociotécnica do trabalho. A princípio, as assistentes sociais realizavam ações sociais filantrópicas, derivadas da Igreja Católica para remediar as necessidades sociais manifestadas pela classe operária, contribuindo para a recuperação da ideologia hegemônica cristã e para a defesa do capital (Castro, 2000).

Nesse período, na área da saúde, promoveu-se o trabalho com equipe multidisciplinar para ações de combate de alastramento de doenças que pudessem prejudicar a exportação do café, principal fonte de renda do país na época (Mendes, 1995). Por conta disso, as assistentes sociais passaram a realizar tarefas assistencialistas voltadas à conscientização da população sobre hábitos de higiene e saúde, atuando em sintonia com as políticas sanitaristas do país. Nos hospitais, as profissionais desenvolviam a prática de orientar sobre a viabilização dos usuários ao acesso de serviços da Previdência Social (Bravo; Matos, 2009).

No que se refere a Previdência Social brasileira, fundou-se com a aprovação da Lei Eloy Chaves em 1923. Logo depois, foram constituídas a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários (CAP'S) e o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP'S). Em seguida, ofertou-se um dos primeiros serviços pelo CAP'S, a Assistência Médica Central, no qual estabeleceu-se o acesso à saúde por benefício trabalhista. Essa relação foi o primeiro indício do acesso à saúde como benefício, elemento fundamental para a construção do sistema de saúde Médico-Assistencial Privatista, modelo de saúde predominante após o Sanitarista Campanhista (Mendes, 1995).

Durante o século XX, a saúde no Brasil foi gerida sob diferentes modelos. O modelo Médico-Assistencial Privatista foi consolidado com base na valorização do atendimento individual, curativo e assistencialista. A partir do ano de 1950, com o avanço da industrialização, o foco do cuidado tornou-se a massa de trabalhadores, em busca de restaurar suas capacidades produtivas (Mendes, 1995). As clínicas e doenças em relevância nesse período foram a obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica (Bravo, 1996). A partir disso, o sistema de saúde oferecia atendimentos particulares e a saúde era ofertada como privilégio, sem espaço de intervenção profissional na saúde coletiva e de longevidade.

No ápice desse modelo, ampliou-se a extensão da Previdência Social. Segundo Mendes, a consolidação do sistema Médico-Assistencial Privatista, aconteceu, também, por consequência de fatores políticos da conjuntura daquele período, como o Golpe de Estado, abordado pelo autor no seguinte trecho:

As condições políticas para a hegemonização de um novo modelo de sistema de saúde dar-se-ão, contudo, no movimento de 1964 e pela preponderância, dentro dele, da denominada coalizão internacional modernizadora e pelas políticas econômicas dela decorrentes, especialmente a centralização de recursos no governo federal, o controle de déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para dar suporte a políticas setoriais. (Mendes, 1995, p. 22)

Dessa maneira, esse período tornou-se extremamente desafiador à medida que se instaurou no país uma ditadura militar. Na saúde, os anos foram marcados por níveis altos de desigualdade, especialmente em relação à exclusão da população ao acesso à saúde, o que desencadeou manifestações da classe trabalhadora a partir de 1980.

As assistentes sociais, até a década de 1960, continuaram com atividades voltadas à população em relação à higiene sanitária. Os atendimentos, até então, eram feitos em hospitais e ambulatórios. De acordo com Bravo (1996, p. 90), durante esse período, “foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais.”

Baseado nisso, as assistentes sociais, ainda que contribuíssem nas equipes interprofissionais, realizavam ações assistencialistas sem um direcionamento próprio da profissão, em razão de suas diretrizes conservadoras e de um sistema de saúde que não incentivava intervenções mais profundas nos âmbitos sociais.

Entretanto, no início da década de 1960, nascia-se, na América Latina, uma movimentação de desenvolvimento crítico na profissão. Contudo, no Brasil, devido ao golpe

militar de 1964, essa movimentação foi silenciada, resultando em uma “modernização conservadora”, como nomeia Bravo (1996, p. 85), que atualizou a herança conservadora da profissão, adequando-a as novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora (Bravo, 1996).

Apesar disso, em 1965, as críticas ao Serviço Social “tradicional” no continente desenvolveram-se no Movimento de Reconceituação, um processo de questionamento das fundações religiosas e conservadoras da profissão, devido ao surgimento de novas perspectivas, fortalecidas pelas ciências sociais na época, ao mesmo tempo em que, ocorria a inserção do curso de Serviço Social nas universidades (Iamamoto, 1995). Até então, o Serviço Social encontrava-se apenas em escolas isoladas que compartilhavam suas diretrizes marcadas pelo tradicionalismo, definidas por Netto como:

[...] A prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal-burguesa que, de um ponto de vista claramente funcionalista visava enfrentar as incidências psicossociais da “questão social” sobre indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual ineliminável (NETTO, 2001, p. 6).

Dessa forma, o Serviço Social necessitava adequar-se à realidade, posta por Yamamoto (1995, p. 202) como uma “reconciliação com o tempo presente” e a entrada para a contemporaneidade. Todavia, devido à repressão do regime militar, é somente a partir da década de 1970 que a bibliografia produzida pelo movimento de reconceituação chegou ao Brasil.

Ainda assim, com a expansão monopolista e o crescimento das universidades, a área profissional se inseriu em um ambiente instigante de ensino, pesquisa e extensão. Com isso, os estudantes passaram a ter mais contato com as ciências sociais, pioneiras dos debates contemporâneos, que provocaram o processo de revisão crítica sobre os fundamentos da profissão (Iamamoto, 1995).

Esse movimento caracterizou-se, de acordo com Yamamoto (1995, p. 205): “[...] pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*” perpassando pelas matrizes teóricas até as práticas profissionais em um ato de reestruturação da categoria. A autora ressalta que essa mudança não ocorreu somente no Brasil e sim compôs um “novo Serviço Social latino-americano.” (Iamamoto, 1995, p. 207).

Para a construção de um novo conceito na profissão, debateu-se, primeiramente, os aspectos de reconhecimento e compreensão sobre a contextualização histórica da profissão, para depois, criar-se um projeto profissional que fosse abrangente e representasse as novas

diretrizes, e enfim politizar a ação profissional em busca da quebra de paradigmas como de “ações caridosas” para a criação de uma ideologia de garantia de direitos (Iamamoto, 1995).

Durante esse processo, o Serviço Social reconheceu a perspectiva crítica-dialética como fundamental para a quebra do conservadorismo profissional, visto que, o estruturalismo marxista é a base para formar uma consciência teórica que explique o movimento das classes sociais (Iamamoto, 1995). Sendo assim, a partir desse período, desenvolveu-se uma crescente produção teórica, citado por Iamamoto (1995, p. 218) como um processo de “continuidade e ruptura, que se desdobrou na superação da reconceituação”, que impulsionou para a incorporação do marxismo no Serviço Social.

Com isso, as pautas modernas começaram a serem debatidas nos encontros e eventos de assistentes sociais, como no Seminário de Araxá, em 1967, e de Teresópolis, em 1971. O evento em 1967, como relata Bravo, foi um marco diferenciador para a profissão no Brasil, em virtude do motivo do encontro de adequar a profissão enquanto instrumentos de intervenção na sociedade capitalista moderna, e para isso, abordou como tema:

O Serviço Social como interveniente, dinamizador e integrador no processo de desenvolvimento, com aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem questionar a ordem sócio-política, com a preocupação de inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica menos débil. (Bravo, 1996, p.89)

Já em Teresópolis, a pauta principal do encontro foi sobre a nova metodologia do Serviço Social. Durante esse tempo, então, se sucederam outras datas marcantes para o movimento, em que se debateu, democraticamente, sobre as novas perspectivas da profissão e se consolidaram as novas produções da categoria, como no seminário de Sumaré, em 1978, e o seminário do Alto Boa Vista, em 1984 (Leonato, 2017).

Nesse período, originaram-se novas exigências no mercado de trabalho, que coincidiram com uma alta contratação de assistentes sociais, devido a reestruturação do Estado no ciclo ditatorial. Dessa forma, os profissionais necessitaram criar novas estratégias para responder aos novos padrões de racionalidade burocrática (Bravo, 1996).

No entanto, é importante ressaltar que, apesar das transformações na profissão, o Serviço Social não perdeu o seu tradicionalismo. Na saúde, Bravo comenta que o movimento teve pouca repercussão. A estratégia do setor foi baseada em constituir um padrão técnico de atendimento de assistência médica (Bravo, 1996). Esse padrão foi apresentado no II Congresso Brasileiro de Serviço Social, realizado em 1961, com o objetivo de: “[...] ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença.” (Bravo, 1996, p.91)

Posto isso, pode-se já perceber, no padrão técnico de atendimento, a direção de saúde para além do aspecto clínico, relacionando a doença com aspectos sociais e psicossociais e a valorização da preservação da saúde, o que caracteriza o grande campo de intervenção do assistente social na saúde. Apesar disso, a autora relata que o evento sinalizou poucas inovações, entre elas, somente, o estímulo a abordagem nas comunidades e a saúde pública como proteção, prevenção e recuperação (Bravo, 1996).

Dessa forma, a partir desse processo, efetivou-se uma consolidação acadêmica procedente do movimento, que resultou em uma disputa ideológica entre o Serviço Social “Tradicional” e o Serviço Social “Marxista”, fortificada a partir da década de 1980. (Bravo, 1996).

No final da década de 1970, foi se esgotando o modelo de saúde Médico-Assistencial-Privatista. Esse fato deveu-se a diversos aspectos, entre eles, a exclusão da população de seus serviços, o desvio de recursos e a perda de qualidade da atenção médica pela Previdência Social, que sofreu impactos da crise fiscal do Estado (Mendes, 1995). Para mais, o modelo já não era adequado às necessidades sanitárias do país e promovia custos crescentes, impossibilitando sua expansão. (Mendes, 1995). A partir desse fato, na década de 1980, propagaram-se dois principais projetos sanitários: A Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

Para aproximar-se desse período, é importante mencionar, que o contexto político da década de 1980 era de forte crise econômica e o final da ditadura militar, até 1985 (MENDES, 1995). Nesse cenário, desenrolou-se um movimento nacional na saúde, composto por militantes, acadêmicos e profissionais da área que originou uma nova proposta de projeto sanitário, a Reforma Sanitária (Mendes, 1995).

A Reforma Sanitária é um movimento de luta social expresso com uma proposta de sistema de saúde que representa as ideias da classe trabalhadora e tem como principal característica a saúde como direito social universal e dever do Estado. O movimento defende que a saúde é consequência de determinantes sociais, que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Mendes (1995, p. 42) define a Reforma Sanitária como:

Um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como direito universal e suportada por Sistema Único de Saúde, constituído sob regulamentação do estado, que objetive a eficiência, eficácia, e equidade e que se construa permanentemente através do incremento da sua base social, da ampliação da consciência sanitária e dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle popular sobre o sistema.

Nesse contexto, Bravo e Matos relatam algumas mudanças no Serviço Social na saúde, nos seguintes momentos:

[...] a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde. (Bravo; Matos, 2009, p. 8)

No entanto, os autores ressaltam que essas mudanças foram insuficientes, pois a profissão, além de não conseguir definir um padrão de intervenção profissional que representasse o aprofundamento teórico ocorrido no Movimento de Reconceituação, era desarticulada do movimento da Reforma Sanitária e sem grandes alterações nas práticas profissionais (Bravo; Matos, 2009). Apesar disso, a Reforma Sanitária, ainda que com avanços e retrocessos, representa uma ruptura com o padrão de intervenção estatal no campo social até então, caracterizado por raízes conservadoras constituídas desde a década de 1930 (Bravo, 1996).

O movimento fortificou-se no ano de 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde. O evento reuniu cerca de 5 mil pessoas, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, representações sindicais e estudantis, militantes de movimentos populares e pesquisadores, que anteriormente expressavam suas ideias em pré-conferências estaduais e municipais, em um momento de debate democrático nacional sobre a saúde (Mendes, 1985). A 8ª Conferência Nacional da Saúde foi um momento histórico para o país, em virtude das diretrizes estabelecidas para um novo sistema de saúde.

Antônio Sérgio da Silva Arouca (1986, p. 8), doutor sanitaria e presidente da Comissão de Organização do evento, relatou que a proposta de reformulação política aprovada na conferência foi: “[...] um desejo que tinha sustentação de mais de 10 anos de organização de luta política na área da saúde” e que a conferência representa “o mais significativo em termos de debate da política de saúde já acontecido na história deste país, exatamente pela força de suas conclusões.”

Um ano depois, em 1987, sucedeu-se a Assembleia Nacional Constituinte com o objetivo de elaborar e aprovar a próxima Constituição. Por certo, o processo para a Constituição Federal de 1988 foi de negociações e embates com setores conservadores que resistiam as propostas do movimento. Contudo, a nova Constituição Federal sancionada em 1988 é considerada a representação de diversos avanços, por reconhecer educação, alimentação, moradia, trabalho, transporte e saúde como direitos sociais (Brasil, 1988).

Sobre a saúde, a Constituição declarou artigos fundamentais, como o Art. 196, que proclama a saúde como direito de todos e dever do Estado: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 118).

Para mais, o Art. 194, é relevante dado que incorpora a Assistência social e a Previdência social na Seguridade Social. Dessa forma, apesar de apresentar ambiguidades, a Constituição Federal de 1988 representa avanços ao movimento da Reforma Sanitária (Mendes, 1995).

Em 1990, foram regulamentadas as leis do Sistema Único de Saúde. O SUS é um modelo de saúde, proveniente da Reforma Sanitária, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, que devem ser norteados pelas diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (Evangelista, 2016).

O sistema foi regulamentado através de duas Leis Orgânica da Saúde: a lei 8.080 que aborda sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. E a lei 8.142, que pauta principalmente sobre a participação da população na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (Evangelista, 2016).

Porém, a lei 8.142 surge apenas após vetos na lei 8.080, que de acordo com Mendes (1995, p. 48) eram referentes a “instituição da Conferência e Conselhos de Saúde, a transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, a eliminação de convênios e os critérios de repasse.” Por isso, é possível analisar que, apesar dos avanços para o movimento da Reforma Sanitária na década de 1980, haviam resistências à incorporação do novo sistema de saúde durante todo o seu processo, que serão aprofundadas a partir dos anos 1990.

O modelo privatista de saúde, apesar de estar presente desde o período ditatorial, foi fortalecido a partir dos anos 1990. O projeto utiliza-se de três principais estratégias: a privatização, a descentralização e a focalização. Na saúde, esse sistema hegemônico construiu-se com formato de pirâmide, erguido por três subsistemas, sendo elas respectivamente: o público, o privado de atenção médica supletiva e, no topo, o de alta tecnologia. Começa-se assim, um movimento de entrega de funções administrativas e financeiras do Estado para organizações sociais, em busca da operacionalização das políticas públicas pelo capital (Reis et al.; 2016).

Essa estrutura se assemelha, em muitos aspectos, com o modelo Médico-Assistencial-Privatista (Mendes, 1995). Em relação a isso, um dos apontamentos de Mendes, é que esses

subsistemas apresentam contradições e incompatibilidades. Sendo assim, o autor define o novo sistema vigente, como:

Um sistema de saúde extremamente regressivo no seu conjunto ao criar, para clientela distintas, diversas modalidades assistenciais discriminatórias, onde o subsistema público, ele mesmo, fixa-se como mais uma modalidade assistencial para os pobres um **medicaid** à brasileira. (MENDES, 1995, p. 53) (**grifos do autor**)

Em virtude do que foi mencionado, na atualidade, mantém-se uma disputa ideológica na sociedade e uma correlação de forças entre os modelos de saúde, que são fortalecidos a depender de decisões políticas vigentes no momento. O projeto privatista de saúde instiga uma ideologia mercantil da saúde e representa as ideais conservadoras vigentes na década de 1970, causando desigualdade social, a redução do papel do Estado e o desmonte das políticas públicas.

As políticas neoliberais atravessam o Estado, o que traz graves consequências para as políticas públicas, que passam a ser organizadas sob a lógica do capital financeiro e são usadas para o controle da crise do capital. Os trabalhadores sofrem apropriação e desvalorização, especialmente, com as novas formas de contratação, como a contratação temporária e a terceirização (Camargo, 2019).

O assistente social não está isento desse fenômeno. No ambiente profissional, além de sentir as sequelas da precarização, se faz necessário mediar com os interesses polarizados das classes e administrar a tensão existente entre as demandas dos trabalhadores e a insuficiência dos recursos para os serviços requisitados, o que pode ser um dos principais desafios para a profissão na atualidade (Iamamoto; Carvalho, 2006). Bravo e Matos citam a respeito das diferenças nas requisições de demandas no campo profissional no seguinte trecho:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO, 1995, p. 10)

Com isso, o Serviço Social está posto enquanto mediante de um modelo social de produção e reprodução de classes que provocam inúmeras contradições (Camargo, 2019). Nesse sentido, necessita-se das assistentes sociais compreensão dessas contradições com o intuito de criar estratégias profissionais e políticas que atuem na viabilização de direitos da classe trabalhadora, com procedimentos e técnicas de desenvolvimento da comunidade e da saúde coletiva. Também se faz essencial o aprofundamento das assistentes sociais nas temáticas dos movimentos sociais e das lutas na atualidade, a fim de contribuir para a participação popular

na gestão das instituições públicas, estimulando a democracia (Bravo, 1996). Todavia, isso não deixa de ser desafiador, uma vez que o contexto profissional não se destoa das forças contraditórias (Iamamoto; Carvalho, 2006).

Para o SUS, embora seus avanços a partir da sua implantação sejam inquestionáveis, no momento atual, o sistema encontra-se em crise. Os desafios para a concretização dos princípios da Reforma Sanitária se intensificam ao passar do tempo, devido às ideias neoliberais, que são contraditórias à sua instalação, e de outros direitos sociais proclamados na Constituição Federal de 1988. Notam-se alguns aspectos que estão agravando seu enfraquecimento, tais como: a precarização dos serviços públicos, o avanço da privatização, a falta de práticas de integridade e intersetorialidade e a valorização do capital financeiro (Bravo; Menezes, 2011).

Outra questão fundamental para a crise no SUS é o subfinanciamento da saúde brasileira, dividido entre privado e público. De acordo com Reis et al. (2016, p. 123), “Países com sistemas universais despendem mais de 70% do gasto total em saúde com seus sistemas públicos.” Dessa forma, no Brasil, com a maioria dos gastos em saúde serem privados há muitas décadas, o sistema público não só precariza-se, mas também reafirma o lugar de sistema complementar ao acesso privado de saúde (Reis et al., 2016)

Um ponto que também se faz relevante, e a falta de estrutura nacional que possa suportar epidemias, endemias ou quaisquer problemas maiores, tal como a pandemia de 2020, em que se viveu o total colapso do sistema de saúde, por exemplo. Além disso, falta, da população, uma legitimidade social, dado que se tornou parte do senso comum compartilhar ideias deteriorando o SUS (Reis et al.; 2016). Bravo afirma que, para ocorrer avanços na saúde, se faz essencial a compreensão do Estado na perspectiva de luta de classes:

O Estado necessita ser compreendido na perspectiva de luta de classes, para que as questões saúde sejam visualizadas na sua totalidade, enfocando o processo produtivo, as lutas políticas na esfera da reprodução, os valores e ideologias, que se reproduzem no campo da saúde e no interior da prática médica. (Bravo, 1996, p. 263)

Nesse contexto, o Serviço Social também é importante na conscientização crítica da população sobre seus direitos e a defesa das ideias do movimento da Reforma Sanitária, visto que, as diretrizes do projeto ético-político da profissão compactuam com os princípios da Reforma Sanitária e direcionam a atuação do profissional para o “enfoque da questão social como objeto unificado de conhecimento-ação, aprofundando as suas manifestações nos sujeitos históricos e seu potencial de luta e resistência na defesa de seu direito à vida e à saúde.” (Bravo, 1996, p. 271).

Dessa forma, torna-se urgente a instalação e desenvolvimento de políticas públicas voltadas não só para a saúde, mas para todos os direitos sociais que estão sendo deteriorados. Vive-se um período desafiador na saúde, que necessita da retomada da força do movimento sanitário. Isso só pode ser feito com atenção para a temática, os debates nas comunidades e o posicionamento crítico sobre a realidade dos profissionais da saúde.

### 3 RELAÇÃO FAMÍLIA E CUIDADO NA POLÍTICA SOCIAL

A segunda seção desenvolve sobre o papel social da família no cuidado, sustentado pela política social brasileira sob a esfera capitalista. No decurso da seção, apresenta-se os conceitos de família e de política, política pública e política social, para depois relacioná-los com o cuidado. O objetivo é compreender as políticas sociais atuais e sua ligação com a formação sócio-histórica do Brasil. O bloco completa-se, então, trazendo para o debate a atuação do Serviço Social com famílias na área da saúde, refletindo sobre as competências e limitações com o respectivo público nesse âmbito.

Na história da humanidade, a família representa a formação de um grupo de duas ou mais pessoas, vinculados por laços sanguíneos, consensuais ou jurídicos que compartilham de uma estrutura baseada em fatores culturais, regionais, políticos, ideológicos e sociais (Carvalho; Almeida, 2003). Em uma sociedade, a família situa-se como fundamental para a construção do ser humano, uma vez que, atribui-se como à primeira instituição de formação de um indivíduo. Nesse cenário, inicia-se o processo de socialização e educação de um sujeito, no qual decorre-se suas primeiras experiências (Solcia; Dutra, 2022).

Na América Latina e, por seguimento, no Brasil, a família é culturalmente vinculada ao preceito tradicional de uma união através de matrimônio religioso, composto por um homem e uma mulher, com o propósito no que concerne a procriação e preservação da espécie (Solcia; Dultra, 2022). Nessa concepção, legitimada pela doutrina conservadora, a família simboliza o padrão ideal de formação em uma união.

Ao pensar nas famílias da atualidade, apesar de mudanças nas composições familiares, esse princípio se mantém relevante entre as famílias brasileiras e nas operações das políticas de gerenciamento do país, ainda que o Estado brasileiro seja laico. Como exemplo, Miotto e Stamm (2004) citam o princípio da indissolubilidade do casamento, presente na lei Civil até o ano de 1977. Logo, o direito ao divórcio instituiu-se a menos de 50 anos, através da Ementa Constitucional nº9 (Miotto; Stamm, 2004).

Isso reforça a presença de uma cultura tradicionalista e patriarcal no que se refere as ideias de família, união e seu papel na sociedade. Apesar disso, no ano de 1988, com a nova Constituição Federal, incluiu-se enquanto família, perante a lei, uma comunidade formada por apenas uma mãe (família monoparental) e uma união estável entre homem e mulher, sem precisar de casamento civil ou religioso (Miotto; Stamm, 2004). Essas atribuições, ainda que

tardias, acompanham o dinamismo da família, em uma estrutura dinâmica na qual se adapta as transformações econômicas, sociais e culturais da sociedade (Carvalho; Almeida, 2003).

Nesse âmbito, ao se formar uma família, são gerados novos padrões de interação, que são resultado da mistura de valores e cresças, derivados tanto conscientes quanto inconscientes de ambos os parceiros (Miotto; Stamm, 2004). A partir disso, a família forma sua própria identidade com novos costumes, hábitos e princípios.

Nesse sentido, padrões de interação nas relações familiares podem ser passados através da repetição de um pensamento ou ação, tornando-os difíceis de serem quebrados (Miotto; Stamm, 2004). Esses padrões também estão presentes na divisão de papéis familiares. Se uma família é composta por uma mãe e um pai que trabalham muito, o comum é essa forma de organização familiar ser reflexo para os seus filhos, que compreendem esse ato como o caminho ideal de vivência e, provavelmente, repetirão esse padrão. Entretanto, padrões podem ser rompidos, principalmente com a vinda de novos costumes e condutas sociais, provindos de renovações e mudanças sociais, ao longo do tempo.

Em vista disso, as famílias modernas apresentam diferentes configurações, distinguindo-se, entre si, desde a quantidade de membros a mudanças nas relações de gênero, nos papéis familiares e nos objetivos (Carvalho; Almeida, 2003). Esse movimento de reorganização familiar ocorre frequentemente ao longo da história do mundo e pode proporcionar libertação as doutrinas conservadoras (Carvalho; Almeida, 2003).

Nesse contexto, historicamente, na sociedade capitalista, a família tem como função social, além da sobrevivência de seus indivíduos:

A proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações. Representando a forma tradicional de viver e uma instância mediadora entre indivíduo e sociedade, a família operaria como espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais e como organização responsável pela existência cotidiana de seus integrantes, produzindo, reunindo e distribuindo recursos para a satisfação de suas necessidades básicas. (Carvalho; Almeida, 2003, p. 109)

Com base nisso, a partir da inserção do modo de produção capitalista, além do comprometimento com a reprodução social, foi posto sob a família o dever de suportar os problemas e conflitos gerados pela divisão técnica do trabalho na sociedade, destinando-a para sua função social, a proteção social.

Assim, reafirmado por esse conceito, ocorre-se a naturalização da família como protagonista na esfera da proteção social, que atua na execução do cuidado por obrigação e dever moral imposto pela organização social do capital (Moraes et al; 2020). Antes de tudo, é necessário pontuar o lugar da política nesse contexto.

A política insere-se para a regulação social perante a convivência de indivíduos no mesmo local e com objetivos comuns (Behring; Boschetti, 2008). Com isso, de origem grega, a política, além de consistir-se de governo, eleições, votos, e outras atividades, foi criada com a definição de “toda atividade humana que tinha como referência a esfera social, pública e cidadã” (Behring; Boschetti, 2008, p. 88).

Nessa perspectiva, a política pública surge, após a 2ª guerra mundial, integrando ações formuladas e executadas para a efetivação de legítimas demandas e necessidades sociais (Behring; Boschetti, 2008). Nesse viés, o campo público atua em direção a: orientação para a ação pública sob o controle da sociedade e de autoridade pública; concretização de direitos sociais incorporados nas leis e operacionalizados por programas, projetos e serviços; ações guiadas pelo interesse comum e da soberania popular; satisfação das necessidades sociais (Behring; Boschetti, 2008).

A respeito da relação entre direitos sociais e políticas públicas, Behring e Boschetti afirmam: “a identificação das políticas públicas decorre do fato de esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitirem à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade.” (Behring; Boschetti, 2008, p. 102). Portanto, a política social, derivada da política pública, deve agir para a proteção social, efetivada através de direitos sociais e universais, à vista de que se institui responsabilidade do Estado garantir o bem-estar dos cidadãos brasileiros (Behring; Boschetti, 2008).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 representa avanços no que se refere aos direitos sociais. A partir dela, estão proclamados como direitos sociais, no Art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” Então, em relação a proteção social da população, visando os direitos sociais, desenvolve-se, após a constituição, o setor de assistência social, que deve oferecer programas, projetos e outros serviços para operacionalização das políticas sociais (Solcia; Dutra, 2022).

No ano de 1993, proclama-se a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), como diretriz componente da Seguridade Social que integra Saúde, Assistência Social e Previdência Social. A norma elaborou-se para garantir o atendimento às demandas básicas dos indivíduos. A LOAS, possui como princípios, descritos no Art. 4:

I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se

qualquer comprovação vexatória de necessidade; IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (BRASIL, 1993).

Nesse âmbito, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em 2004, organiza-se por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a partir de 2005 (Solcia; Dutra, 2022).

Com o SUAS, os serviços, programas, projetos e ações da assistência social passam a ser ofertados prioritariamente para famílias em situação de risco ou vulnerabilidade social, com os vínculos comunitários e familiares fragilizados e/ou rompidos, subdivididos em níveis de complexidade, ou seja, através da Proteção Social Básica e Especial. (Solcia; Dutra, 2022, p. 7)

Como mecanismo de assistência e validação de direitos das comunidades e famílias, o Estatuto da Criança e do Adolescente, constituído em 1990, e o Estatuto do Idoso, a partir de 2003, representam formas significativas de proteção integral e prioritária (Solcia; Dutra 2022). Os Estatutos, além de reconhecerem os sujeitos enquanto cidadãos com direitos protegidos pela lei, são instrumentos que colocam os dizeres da Constituição em prática.

Como projetos para efetivação de políticas públicas, no âmbito da assistência social, o governo federal disponibiliza o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), constatado na LOAS, com o intuito de selecionar famílias de baixa renda no território nacional para a concessão de benefícios sociais, tal quais: Programa Bolsa Família, Programa Minha Casa Minha Vida, Benefício de Prestação Contínua, Pé de Meia, Tarifa Social de Energia Elétrica, entre outros (BRASIL, 1993).

Para as famílias, o Programa Bolsa Família é o benefício instituído na Lei 14.601, destinado à transferência direta e condicionada de renda. Para ter direito ao benefício, a renda de cada pessoa da família precisa ser de, no máximo, 218 reais por mês e para receber a renda a família precisa estar inscrita no CadÚnico e com o cadastro atualizado. A partir disso, todos os meses, o programa identifica as famílias que serão incluídas e que podem e continuam a acessar o benefício (BRASIL, 2023).

O programa brasileiro de acesso a benefícios sociais é apenas um dos serviços assistencialistas disponibilizados enquanto ações de políticas sociais, que não totalizam as demandas das famílias do país. Para esta conclusão, basta os critérios de acesso ao benefício, que exigem condição de pobreza extrema para a possibilidade de acesso ao programa. Além disso, o serviço não articula com instrumentos que possibilitem a independência financeira das famílias, reafirmando a ideia de que famílias na pobreza devem ser auxiliadas apenas com o mínimo, ações de caridade e doações. Ainda assim, muitas famílias ficam sem assistência

nenhuma, pois os que não são considerados como em uma situação extremada de pobreza são excluídos dos suportes sociais (Carvalho; Almeida, 2003).

Dessa forma, na atualidade, os programas disponíveis para efetivação de direitos sociais através das políticas sociais são compensatórios e assistencialistas, caracterizando-se por programas sociais emergenciais, isolados, sem articulação e senso político, que exaltam a solidariedade, caridade e a ideia de “alívio” à pobreza (Carvalho; Almeida, 2003).

Diante disso, avalia-se que as políticas sociais no Brasil e na América Latina se estruturam através de uma concepção familista, com um conjunto de normativas e instrumentos que fortalecem as funções sociais da família, ou seja, que reforçam a responsabilização das famílias sobre sua própria proteção (Wiese, Dal Prá, Miotto, 2017).

Segundo Moraes (2020), o familismo no Brasil é um elemento estruturante na política social brasileira, que está enraizado na formação sócio-histórica do país, podendo ser entendido como “um padrão cultural e político secular que tem se expressado tanto no campo da legislação concernente à família como na configuração da política social.” (Moraes et al; p. 807; 2020). A partir disso, tem-se a naturalização da família enquanto esfera central da proteção social, que está posta de maneira estratégica para a reprodução da ideologia da burguesia brasileira e do desenvolvimento do capitalismo (Moraes et al; 2020).

### 3.1 O CUIDADO E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

É cada vez mais evidente que o cuidado é incorporado como parte da proteção social. O cuidado pode ser definido como um conjunto de ações que implicam cuidado material, cuidado econômico, cuidado psicológico, entre outros (Wiese, Del Prá, Miotto, 2017). Ao longo do processo da vida, cada fase naturalmente exige uma forma de cuidado, como o cuidado pré-natal, o cuidado no envelhecimento ou o cuidado no adoecimento (Miotto; Stamm, 2004). Com isso, para realizar o cuidado se faz necessária uma estruturação de conhecimento e tecnologias, capacidades físicas e mentais, recursos financeiros e sociais que deveriam ser assegurados através das políticas sociais.

No entanto, como o familismo presente na estruturação das políticas sociais do país, a participação do Estado social regride na proporção do bem-estar, tornando a família a principal instância provedora de proteção social (Miotto, 2010). Diante disso, amplia-se a desproporção referente as distribuições de responsabilidades em relação a proteção social entre Estado, mercado e família (Wiese, Dal Prá, Miotto, 2017). Isso resulta na sobrecarga das famílias, que

se tornam cuidadores informais, e por si próprias, precisam garantir sua sobrevivência, sem serem configuradas para suportar todas as exigências do cuidado.

Não obstante, a naturalidade da responsabilização das famílias acerca do cuidado deve ser pensada enquanto questão ambientada na organização capitalista, tratada aos limites desse sistema, que não centraliza as necessidades humanas (Wiese, Dal Prá, Miotto, 2017). Dessa forma, há o esgotamento das famílias para atender as exigências de proteção social, que não conseguem exercer as funções necessárias para a proteção de seus membros (Moraes et al; 2020).

Nesse viés, sobre as famílias que falham na concretização do cuidado, estas são culpabilizadas, na medida em que, no interior da sociedade capitalista, o fracasso é considerado como incapacidade e derrota, reiterado pela ideologia meritocrática e individualista, que ignora a desigualdade social como fator determinante (Miotto, 2010). Nesse cenário, em concordância com Carvalho e Almeida,

A família vem perdendo gradativamente sua capacidade de funcionar como amortecedor da crise e como mecanismo de proteção de seus componentes, o que leva não apenas à deterioração das condições de vida da maioria da população como afeta e ameaça a própria unidade familiar. (Carvalho; Almeida, 2003, p. 120)

Sendo assim, as famílias encontram-se desamparadas para lidar com as intercorrências da vida, sofrendo a exclusão do acesso a direitos sociais, o que se configura como uma espécie de violência (Solcia; Dutra, 2022). As situações vivenciadas pelas famílias caracterizam-se como expressões da questão social, que tornam as relações familiares cada vez mais frágeis, trazendo condições irreparáveis, como mencionam as autoras Carvalho e Almeida:

Com o aumento dos conflitos, da violência doméstica, da fuga de crianças e adolescentes para as ruas e do envolvimento desses últimos em atos infracionais. A pobreza, o desemprego e, em especial, a falta de perspectivas têm conduzido muitos jovens brasileiros para a criminalidade, o que contribui com o crescimento da violência, da qual eles têm-se tornado vítimas preferenciais, notadamente nos bairros pobres onde se concentram. (Carvalho; Almeida, 2003, p. 117)

Ainda no que se refere a cuidado e família, se faz evidente a discrepância de gênero na execução do cuidado das famílias brasileiras. Em um cenário composto por uma sociedade patriarcal e capitalista e com as raízes da cultura latina, no que diz respeito ao papel da mulher, ainda se mantém a visão tradicionalista de que o propósito de uma mulher é ser dona do lar e “cuidar” de sua família. Inclusive, esses princípios são passados para as mulheres desde o início da sua criação, quando, por exemplo, ao presentear uma menina dá-se kits de cozinhas e bebês de plástico, enquanto os meninos ganham carros, armas e super-heróis.

Apesar disso, na atualidade, mulheres inseridas no mercado de trabalho não causam tanta estranheza, apesar da presença da eficácia do machismo estrutural diariamente. Sobre isso,

com o passar dos anos, aumentam-se cada vez mais as famílias em que a mulher é a principal fonte de renda familiar, ou compartilha de metade da confecção desses recursos (Álvares, 2003). Essa realidade é resultado do fenômeno crescente de famílias monoparentais femininas. Conforme Álvares, alguns fatores podem providenciar esse efeito, tais como:

O aumento da expectativa de vida da mulher brasileira, o que pode ocasionar um maior número de viuvez feminina; o crescimento do número de divórcios e separações, sendo que em grande parte dessas situações a guarda dos filhos permanece com a mãe; e as mudanças de valores tradicionais em relação ao casamento e aos valores sexuais. (Álvares, 2003, p. 70)

Contudo, o cuidado ainda é caracterizado como responsabilidade feminina, executado por uma rede de mulheres (mães, avós, filhas, netas) não só por estar atrelado a diversas tarefas domésticas, como dar banho e comida, culturalmente associadas às mulheres, mas também pela provisão do bem-estar social como um todo, que exige tempo, habilidades físicas, intelectuais e sociais compondo um trabalho não remunerado (Wiese, Dal Prá, Miotto, 2017).

À vista disso, nas famílias em que a mulher é a fonte de renda da casa, sendo monoparental ou não, o trabalho institucional é acrescentado às funções da mulher, mas não central ou único. Por conseguinte, a independência feminina, se existente, dura até o momento em que alguém necessita mais vigorosamente do cuidado. Esse sujeito ou sujeitos dependentes de cuidados podem ser netos, filhos, pais, irmãos, maridos, ex-maridos, vizinhos e inúmeras outras pessoas que as mulheres tendem a cuidar ao longo da vida. E nos casos de, ao ser acionada para o cuidado, a mulher negar ou propor a institucionalização do cuidado, esta é culpabilizada e criminalizada muitas vezes pela própria família, que se firma em cima de obrigações e deveres morais conservadores.

Logo, ao lidar com cuidado e família, na grande parte das vezes trata-se do cuidado e mulheres. Por isso é tão necessário ter consciência dessa particularidade, especialmente no âmbito do adoecimento, processo no qual a maioria das acompanhantes nos hospitais, contatos de emergências e rede de apoio consistem-se de mulheres.

Acerca dessa lógica, as mães pretas e periféricas possuem em sua trajetória de vida histórias marcadas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe (Motta, 2021). As mães negras são inúmeras vezes atingidas em seu cotidiano pelos desdobramentos do racismo estrutural, predominante na organização capitalista. Grande parte das famílias brasileiras são formadas por mulheres, negras e chefes de família (Motta, 2021). Essas mães são naturalmente mergulhadas na incerteza contínua sobre a condição e segurança dos seus filhos(as), desde a infância, até o final da vida.

Na saúde, as preocupações e medos frequentes de mães pretas aparecem na apreensão em sofrer discriminação nos atendimentos, violência obstétrica e entre outros crimes, presentes nos noticiários e nas histórias de vida de mulheres negras. Portanto, no campo institucional, é primordial dar voz a essas mães, que são mulheres, pretas e periféricas, que devem ser ouvidas e acolhidas. Nesse sentido, compete ao Serviço Social ser ativo e defensor na causa feminista e antirracista. Para isso, se faz necessário conhecimento dos instrumentos para o acesso aos direitos dessas usuárias.

### 3.2 AS FAMÍLIAS E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

As famílias são o foco da intervenção de assistentes sociais desde a gênese da profissão. O Serviço Social atua para a defesa dos direitos sociais da população, fortalecendo a democracia e contribuindo para uma nova ordem societária. Isso posto, as famílias são os principais usuários nas instituições que a profissão exerce.

Na área da saúde, atende-se as famílias que acessam o SUS. O sistema de saúde público visa a integralidade e universalidade, dividindo-se em níveis de atenção à saúde, compondo-se da atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade. Na atenção básica de saúde, destaca-se, no que respeita às famílias, a área de saúde da família que prioriza o acompanhamento da saúde das famílias nas regiões dos municípios brasileiros. Esse acompanhamento é realizado pela equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliares, psicólogos e assistentes sociais. A média e alta complexidade são destinadas a atender problemas e doenças mais graves da população, disponibilizando tecnologias e equipamento mais avançados, além de uma equipe de profissionais mais completa (MENDES et al; 2007).

Os profissionais da saúde, ao atender as famílias, aplicam-se silenciar suas crenças, valores e experiências pessoais (Miotto; Stamm, 2004). As intervenções que se referem as famílias requerem ser trabalhadas de acordo com suas particularidades e especificidades, visto que, as relações familiares não devem ser naturalizadas por estereótipos tradicionais e culturais do país (Miotto; Stamm, 2004). Para Miotto e Stamm, a compreensão da totalidade das demandas familiares provém do reconhecimento do ambiente no qual elas estão inseridas, necessitando dos profissionais o conhecimento da realidade daquela família, como ela se compõe, quais são suas condições sociais, seus objetivos e anseios. As autoras relatam que o comum na área da saúde é não valorizar os recursos existentes nas famílias (Miotto; Stamm, 2004).

Todavia, conhecer as particularidades de cada família irá auxiliar nas orientações e encaminhamentos necessários durante o processo do adoecimento e posteriormente, quando a família volta ao seu espaço, sendo essencial para todos os profissionais (Miotto; Stamm, 2004). É nesse ambiente, dentro da sua especificidade, que a família se organiza para promoção e prevenção de saúde, o que é fundamental para sua proteção e autonomia (Miotto; Stamm, 2004).

Nesses momentos, a rede de apoio de uma família é fator essencial para sua sobrevivência, visto que, muitas vezes, a equipe precisa contar com pessoas comuns, os cuidadores informais, para dar continuidade aos cuidados, pela falta de assistência à saúde integral. Como rede de apoio, incluem-se parentes, amigos, vizinhos e qualquer pessoa próxima e disposta para auxiliar no cuidado.

Entretanto, muitas famílias não possuem ampla rede de apoio e, por isso, para os profissionais de saúde, cabe o fortalecimento e o apoio a essas famílias, que por muitas vezes faltam em suporte. Por esse ângulo, é significativa a efetivação da comunicação entre a equipe multidisciplinar, em busca de um atendimento de qualidade às famílias com uma perspectiva de compreensão e integralidade de suas demandas.

No ambiente da saúde, o Serviço Social atua em frente às famílias que estão em busca de tratamentos e prevenções contra o adoecimento. Essa área de atuação confecciona-se, de acordo com Martinelli, como “uma área em que pulsam valores humanos candentes e onde trabalhamos com a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento, até a finitude.” (Martinelli, 2011, p. 499).

Ao compor uma equipe multidisciplinar de saúde, o Serviço Social e a Psicologia são as profissões reconhecidas por intervir na realidade das famílias, em face da percepção de que a família é uma representação de uma trajetória de vida baseada em raízes culturais, territoriais e sociais. Com base nisso, primeiramente, concerne às assistentes sociais analisar quais são os melhores caminhos para promover a proteção social das famílias de forma íntegra, visando a emancipação dos usuários, conforme suas potencialidades e limitações.

Nessas dimensões, a equipe de Psicologia e a equipe de Serviço Social são fundamentais para a assistência à essas famílias. Em alguns atendimentos, é comum ser realizado o atendimento das duas profissões em conjunto, para que os pacientes sejam acolhidos e atendidos pelas particularidades psicossociais que apresentam. Enquanto as equipes clínicas se responsabilizam pelos aspectos biológicos, a equipe multidisciplinar foca sua atenção nas demandas sociais das famílias. A família frequentemente sinaliza suas dificuldades relacionais

ou sociais nas quais a equipe de Psicologia ou do Serviço Social atuam, intervindo na dinâmica familiar ou mesmo em aspectos sociais desta família (Peixoto et al., 2012).

Para isso “se faz necessário reafirmar como as demandas das famílias são interpretadas e qual direcionalidade é dada para o atendimento de tais demandas pelos assistentes sociais, através de seu processo de trabalho.” (Miotto, 2010, p.172). Nesse segmento, Miotto evidencia, primeiramente, a importância da interpretação das demandas familiares como necessidades humanas básicas que não estão sendo supridas, para em seguida pontuar o valor do direcionamento da ação profissional ao atender as famílias, com base no seu compromisso com a classe trabalhadora.

Com a capacidade de exercer uma análise crítica da realidade fundamentada nas dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico metodológica, compete às assistentes sociais compreender que as necessidades e demandas das famílias são fruto da desigualdade social característica da organização capitalista, e por isso, as famílias não podem ser culpabilizadas por suas próprias necessidades (Miotto, 2010). Com esse direcionamento, as profissionais desvinculam as necessidades sociais das famílias de suas competências ou incompetências individuais, vendo o usuário como um cidadão de direitos que compõe uma sociedade democrática (Miotto, 2010). Isso é importante para realizar as intervenções visando o acesso a proteção social enquanto responsabilidade do Estado e da sociedade (Miotto, 2010).

Dessa forma, após analisar as possibilidades da família no que tange o cuidado, a intervenção é realizada através dos instrumentais da profissão e as demandas são encaminhadas para a rede de serviços que atua em conjunto para a proteção social desses indivíduos, visando a assistência integral e a composição de núcleos de apoio a família (Martinelli, 2011).

Nesse viés, Martinelli (2011) ressalta o aspecto ético que paira sobre o cuidado, em busca de preservar o respeito a vida humana. Por isso, as práticas com os usuários carecem de humanização, especialmente ao lidar com usuários em um processo de tanta fragilidade. Nesse universo, a visão de cuidado em sua totalidade societária é um dever ético-político do assistente social, em que pertence materializar os princípios do Código de Ética, do Projeto Ético-Político da profissão e dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política e Saúde (Martinelli, 2011).

Apesar disso, a área da saúde caracteriza-se por ser um espaço com muitas limitações, na medida em que a qualidade de vida e a dignidade da morte devem ser o foco da equipe (Martinelli, 2011). Nesse ambiente, em que a morte é efetiva, não cabe a ilusão sobre a possibilidade de transformar as experiências das famílias em lembranças prazerosas. O que compete a equipe, assim, é facilitar o processo. Nesse sentido, se potencializa a elaboração de

ambientes de escuta e acolhimento aos pacientes e acompanhantes como um espaço de humanização e defesa da democracia.

Em virtude dos fatos mencionados, nota-se que o cuidado se consolida como uma função distribuída desproporcionalmente entre as instâncias de poder da sociedade capitalista, sobrecarregando as famílias com a responsabilidade do bem-estar social dos seus membros. No Brasil, pontuam-se avanços legislativos, em especial em relação aos direitos sociais a partir de 1988. No entanto, para a concretização desses direitos, são utilizados métodos assistencialistas baseados em concepções familistas, características da América Latina, que não suprem as demandas da população.

Como consequência, aumenta-se a desigualdade estrutural presente nas famílias brasileiras, que não podem contar com o suporte suficiente de uma estruturação de cuidado que vise a saúde pública da comunidade. Também aponta-se uma preponderância da presença feminina, negra e periférica no encargo do cuidado, em função de um papel social e dever moral fortalecido pelas doutrinas conservadoras, que dificultam os avanços em relação a independência feminina e uma sociedade antirracista, mesmo em tempos modernos.

Para finalizar, acentua-se a necessidade da compreensão das situações vivenciadas pelas famílias como expressões da questão social e o entendimento que o enfrentamento delas em sua totalidade só é possível com uma nova base de produção e reprodução das relações sociais (Horst, Miotto, 2018). Nesse cenário, o Serviço Social atua a partir da compreensão da realidade social através de suas contradições, para que, diariamente, ao atender famílias, as intervenções estejam atreladas ao Projeto Ético Político profissional, sendo adequadas e efetivas no que respeita os direitos sociais brasileiros e a emancipação humana.

## **4 OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA**

A terceira seção apresenta a pesquisa realizada com algumas famílias da unidade de Neonatologia, no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. A princípio, a seção situa o leitor quanto ao espaço institucional onde foi realizada a pesquisa e o trabalho do Serviço Social na maternidade e no setor de Neonatologia. Em seguida, discorre-se sobre o processo metodológico da pesquisa. Depois, são tratados os temas abordados nas entrevistas, destacando as respostas das mães entrevistadas. Enfim, analisa-se as respostas concebidas pelas famílias e as observações da pesquisadora durante o estágio na unidade, considerando o debate teórico das seções anteriores.

### **4.1 O HU/UFSC E A UNIDADE DE NEONATOLOGIA**

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago está localizado na cidade de Florianópolis, junto ao campus universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no estado de Santa Catarina, Brasil. A instituição foi fundada no dia 2 de maio de 1980, após dezesseis anos de obras em construções, como um hospital público federal vinculado à universidade e ao Ministério da Educação, para atendimento aos usuários que usufruem do SUS (EBSERH, 2024). No estado de Santa Catarina, o HU/UFSC é o único hospital federal, sendo referência para todo o estado em atendimento nas áreas de urgência e emergência, ambulatorial e internação nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Maternidade, Pediatria e Tocoginecologia (EBSERH, 2024). A organização também se consolida como referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com alta demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, em diversas especialidades (EBSERH, 2024).

Em 2010, com o propósito de reestruturar os Hospitais Universitários Federais e resolver a falta de profissionais no quadro de trabalhadores dos Hospitais Universitários, o Estado, por meio do Ministério da Educação, formou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) firmando a coparticipação nos hospitais federais (EBSERH, 2024). Com isso, atualmente, a gestão dos hospitais federais é realizada pela EBSERH. O financiamento é compartilhado entre os fundos da saúde e da educação, além de doações, contratos com outras instituições e recursos de fomento à pesquisa.

Por ser considerado um “hospital-escola”, o HU/UFSC é um espaço de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a Rede de Atenção à Saúde (EBSERH, 2024). A equipe de profissionais da saúde do hospital é composta por diversos atuantes de medicina, enfermagem, psicologia, farmácia, nutrição, fisioterapia, odontologia, fonoaudiologia e serviço social, além de servidores técnicos-administrativos, docentes, voluntários e colaboradores. Desse modo, o espaço institucional dispõe atividades de ensino de graduação, pós-graduação, estágios curriculares e não curriculares, para diversos cursos da UFSC (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Odontologia, Farmácia, Engenharia Biomédica, Fisioterapia e Fonoaudiologia), Fisioterapia (UDESC, Unisul), Fonoaudiologia (Estácio de Sá) e Curso Superior de Tecnologia em Radiologia (IFSC), além de cursos técnicos de nível médio (EBSERH, 2024). Além disso, o hospital é vinculado com a Associação Amigos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (AAHU) que fornece doações para a instituição, além de dispor voluntários para viabilizar auxílios emergenciais aos usuários e suas famílias, definindo-se como um serviço de apoio social, sem fins lucrativos e de caráter filantrópico.

Na instituição, o chamado Complexo Maternidade, localizado no 2º andar, reúne os setores de Ambulatório de Pré-natal de alto risco, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Unidade de Cuidados Intensivos e Semi Intensivos Neonatais, Central de Incentivo ao Aleitamento, Núcleo de Medicina Fetal e Emergência Obstétrica. A UTI Neonatal localiza-se nesse complexo, como o local de internação para cuidados intensivos de recém-nascidos (RNs), diagnosticados como pré-termo e/ou de baixo peso, ou com outras intercorrências clínicas. A unidade de Neonatologia é composta por uma equipe interdisciplinar de médicos obstetras, neonatologistas e anestesistas; equipe de enfermagem; fonoaudiologia, psicologia; nutricionista, fisioterapia, terapeuta ocupacional e assistente social que atuam em todo o processo envolvendo recém-nascido, mãe e família.

O espaço neonatal se constitui de duas salas com leitos para recém-nascidos, divididos em cuidados intensivos, cuidados semi-intensivos (UCINCa) e cuidados intermediários (UCINCo). O ambiente também conta com espaços para a realização de exames e cômodos para as equipes, com computadores e áreas de descanso. Também inserido no ambiente neonatal, localiza-se o espaço Canguru com leitos para a recuperação de recém-nascidos prematuros em conjunto à suas mães, para as famílias que se enquadram nos critérios de seguimento das etapas do Método Canguru. Assim, as mães com recém-nascidos internados podem optar por dormir no hospital para acompanhar a internação de seus filhos. Aos RNs que não possuem o diagnóstico de prematuridade ou não se enquadram nos critérios do Método

Canguru, o hospital oferece o espaço Hotelzinho para a estadia das mães durante a internação de seus filhos.

O Hotelzinho é integrado por um corredor no 3º andar da instituição com quartos para as mães com recém-nascidos internados na unidade de neonatologia dividirem. Após o nascimento de seus filhos e a notícia da internação dos RNs no setor neonatal, muitas mães optam por utilizar o espaço do Hotelzinho para além de acompanhar a internação de seus filhos e realizar a rotina de cuidados.

A unidade de Neonatologia do HU/UFSC é uma área que usufrui do Método Canguru para seguimento das intervenções com os recém-nascidos e as famílias. Sobre isso, a instituição possui o selo de qualidade Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) certificado pelo Ministério da Saúde (MS) aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, fundamentados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (EBSERH, 2024). De acordo com o MS, o hospital também deve cumprir outros critérios, tais como:

O cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto, garantir livre acesso à mãe e ao pai e permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas, e cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL) (Ministério da Saúde, 2014).

Nesse viés, o Método Canguru consolida-se como política de saúde instituída pelo MS no contexto da humanização da assistência neonatal (Brasil, 2017). Pelo Método, as intervenções com os recém-nascidos e as abordagens com as famílias devem se referir ao acolhimento, respeito e promoção de criação de vínculos. Por isso, a metodologia compreende a família como protagonistas da gestação, baseados em aspectos psíquicos e sociais, que incentiva a participação integral da família nos cuidados ao recém-nascido (Brasil, 2017).

Para a concretizar do método, são realizadas três etapas: A primeira etapa inicia na fase anterior ao nascimento de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso, ao identificar as gestantes de alto risco. Nesse sentido, a equipe já presta atendimento à família e orienta visando a possível internação do bebê na unidade de Neonatologia. Com a internação do RN na unidade, os pais são estimulados a estarem com seus bebês o máximo possível, realizando técnicas para estimular o vínculo entre o recém-nascido e seus pais, essenciais, principalmente, nos casos de prematuridade (Brasil, 2017). Nesse contexto, incentiva-se o a técnica de contato pele-à-pele, que, define-se como:

O contato íntimo entre mãe e bebê logo após o nascimento, que contribui para o desenvolvimento precoce do vínculo afetivo e também ajuda os bebês a se adaptarem ao novo meio ambiente não estéril, uma vez que se o RN imediatamente após o parto for colocado em contato pele a pele com a mãe, o mesmo recupera a temperatura

corporal, acelera a sua adaptação metabólica, havendo provimento de melhores condições adaptativas à vida extrauterina, ao início precoce e desmame tardio do aleitamento materno, bem como as vantagens para a mulher no puerpério imediato e a redução da hospitalização por hiperbilirrubinemia neonatal. (Bezerra; et al., 2016, p. 2051)

Dessa forma, a técnica é certificada em apresentar resultados clínicos positivos e estimular o vínculo entre os pais e o recém-nascido. O contato pele-a-pele pode ser realizado com o *sling* através da “posição canguru” que originou o nome dessa metodologia (Brasil, 2017).

A segunda etapa consiste no avanço clínico do RN, que deve estar estável e ganhando peso progressivamente. Também é necessário que a mãe tenha disponibilidade em estar com o RN o máximo de tempo possível. No HU/UFSC, para realizar a experiência do Método Canguru mãe e RN ficam juntos no espaço Canguru solidificando o vínculo materno e utilizando-se das técnicas para estimular a melhora mais rápida dos RNs.

A terceira etapa é sobre o acompanhamento após a alta hospitalar, com consultas ambulatoriais no hospital de referência para seguimento de acompanhamento clínico, ganho de peso, entre outros. Por todos esses aspectos, o Método Canguru avança no que se refere ao processo de internação, evidenciando a importância da continuação dos cuidados do bebê mesmo após a alta.

Além disso, a técnica pele-a-pele e outras técnicas conduzidas pelo Método Canguru reconhecem “a importância vital da experiência da continuidade e da proximidade pais-bebê para o desencadeamento das primeiras formas de contato que irão conduzi-lo, junto às suas figuras principais de cuidado, a uma relação afetiva estável e permanente” (Brasil., 2017,p. 92).

À vista disso, o HU/UFSC oferta capacitações profissionais no que se refere aos modelos de atenção perinatal que enfatizam a atenção humanizada ao recém-nascido, levando em consideração que cuidar de um recém-nascido de forma humanizada é investir em aspectos que ultrapassam a preocupação biológica (Brasil, 2017). Com essa perspectiva, um dos eventos de capacitação acerca da unidade de Neonatologia é o evento de capacitação de Sensibilização para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, que aborda sobre o Método Canguru e é ministrado pela equipe neonatal e convidadas, compostas por palestrantes médicas, enfermeiras, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais e técnicas de enfermagem. Ao longo do curso, discute-se o Manual Técnico do Método Canguru com relatos e experiências das profissionais que estão atuando na unidade do HU/UFSC.

#### 4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA NO HU/UFSC

Na unidade de Neonatologia, o Serviço Social e a Psicologia são as profissões que compõe a equipe multidisciplinar do setor e atuam perante as demandas psicossociais das famílias durante todo o processo de internação dos RNs. No que concerne ao Serviço Social, a atuação das profissionais pauta-se, principalmente, na organização da família durante a internação e a viabilização de direitos civis e sociais dos indivíduos.

A equipe de Serviço Social do HU atua sob os valores do projeto ético-político da profissão, realizando ações profissionais de assistência, ensino e pesquisa em saúde. O Serviço Social trabalha na identificação das necessidades socioassistenciais dos usuários e famílias/acompanhantes, buscando assegurar e ampliar direitos, por meio de orientações referentes aos direitos civis e sociais, em conjunto com a articulação dos serviços institucionais e comunitários, da rede de saúde, de assistência social e da previdência social. Atualmente, a equipe do Serviço Social do HU/UFSC é composta por assistentes sociais, assistentes sociais residentes e estagiárias de Serviço Social, sendo quatorze profissionais assistentes sociais, dez assistentes sociais residentes e onze estagiárias.

O Serviço Social está presente nos seguintes setores: Ambulatorial (Cirurgia Bariátrica, Transplante Hepático, Quimioterapia, Saúde Auditiva - pré, Unidade de Tratamento Dialítico, Ambulatório Vascular, Ambulatório de Pediatria, Alto Risco, Ambulatório de Violência Sexual Criança e Adolescente, Ambulatório de Interrupção Legal, Ambulatório de Terceira Etapa do Método Canguru); Unidade de Urgência e Emergência Adulto, Alojamento conjunto (Maternidade), Triagem Obstétrica/Centro Obstétrico (Maternidade), UTI Neo (Maternidade), Ginecologia (Maternidade), Pediatria, Emergência Pediátrica, Clínica Médica I, Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica I, Clínica Cirúrgica II, UTI, Onco-Hematologia e Oncologia Clínica, além do Plantão de Serviço Social, que atende as demandas hospitalares dos setores que não contam com o/a assistente social de referência no momento da demanda (EBSERH, 2024).

Com relação à estrutura, para a equipe de Serviço Social são disponibilizadas seis salas, sendo três delas compartilhadas com a equipe profissional de Psicologia. O andar térreo contém uma sala de plantão integrada a uma pequena copa e um espaço para entrevistas e atendimentos, que, por ser dividido por uma parede divisória, não oferece privacidade para o sigilo de informações dos usuários. Das salas que o hospital dispõe para Serviço Social, esta é a maior, composta por alguns computadores, cadeiras, armários e janelas amplas. As outras salas seguem o padrão de possuir um espaço limitado com poucas cadeiras, computadores lentos, pequenos armários e pequenas janelas. Além disso, ressalta-se que o 4º andar do hospital não possui uma

sala para o Serviço Social, dificultando o trabalho das profissionais, residentes e estagiárias dos setores deste andar.

No Complexo Maternidade, o Serviço Social conta com uma assistente social de referência para cada setor. A equipe se compõe com residentes e estagiárias que acompanham as tarefas diárias das respectivas supervisoras e preceptoras. Nesse ambiente, trabalha-se bastante com a equipe multiprofissional e as profissionais participam de diversas comissões e núcleos com a temática da área hospitalar.

Na maternidade, a rotina é iniciada com a passagem de plantão, onde a equipe se atualiza sobre os casos e pendências de cada setor, para depois distribuir as atividades e se organizar com as novas demandas. Apesar de cada unidade ter sua assistente social de referência no Complexo Maternidade, a equipe toda contribui para o atendimento de usuários de todas as unidades.

Quando se atua em setores como a UTI, em que os pacientes ficam internados por tempos mais longos, há dias em que não internam novos pacientes e, então, a assistente social consegue realizar atendimentos nas outras unidades do conjunto com maior fluxo de entrada e saída de pacientes, como o Alojamento Conjunto e o Centro Obstétrico.

No entanto, a unidade de Neonatologia sofre com fluxos mais intensos de picos de lotação ao decorrer do ano, principalmente no outono e inverno, quando há temperaturas mais baixas e aumentam-se as doenças virais. Para as famílias da unidade, o atendimento pelo Serviço Social se inicia através da entrevista social e acolhimento social, algumas vezes ainda durante a gestação, para as mães que fazem acompanhamento no Pré-natal de Alto Risco do HU (PNAR/HU) ou realizam o parto na instituição.

Nos prontuários dos pacientes e na plataforma de trabalho da instituição que disponibiliza os prontuários online, se faz possível identificar, em alguns casos, quais famílias precisarão de uma vaga na UTIN, através das características da gestação, como a idade gestacional, diagnóstico clínico e entre outros fatores. Dessa forma, a assistente social de referência da unidade de Neonatologia encaminha-se a essas famílias que podem precisar de vaga no ambiente, para se apresentar aos pais e dar início aos atendimentos, antes mesmo do nascimento do bebê.

Durante a entrevista social, os principais temas abordados se referem à organização familiar com a gestação, conforme são tratadas as questões sobre rede de apoio, acesso ao pré-natal, utilização da rede de saúde, entre outros. Acerca das principais demandas trazidas pelas famílias, são solicitadas orientações quanto a benefícios sociais e previdenciários. Por isso, na entrevista social também são pautadas as condições socioeconômicas dos pais. No primeiro

contato, são passadas algumas orientações e encaminhamentos necessários de acordo com as demandas apresentadas.

Porém, para as famílias do ambiente neonatal, as demandas surgem ao longo do processo de internação, quando o Serviço Social realiza o acompanhamento social, observando e acolhendo diariamente as famílias dos recém-nascidos, especialmente as mães, que frequentemente ficam de acompanhantes de seus filhos.

Na questão do acolhimento das famílias, o Serviço Social é o protagonista da equipe multiprofissional, certificando-se das necessidades das famílias no cotidiano da internação. Nesse quesito, a gestão do espaço Hotelzinho, apesar de não ser uma atividade privativa da profissão, é realizada principalmente pela equipe de Serviço Social.

Após o parto do seu recém-nascido e o encaminhamento do bebê a unidade neonatal, as mães, geralmente, ficam poucos dias em recuperação internadas no Alojamento Conjunto, caso não ocorra nenhuma intercorrência. Esse período de tempo é um curto espaço para as famílias se adaptarem a tantas novidades, que envolvem o aceitamento da notícia sobre a internação do RN, boletins médicos, adaptação ao ambiente hospitalar, puerpério e outros fatores. Nessa fase de transição, entre a recuperação física e psicológica da mãe sobre o parto e a internação do bebê, o Serviço Social participa na organização familiar para uma nova realidade, em um ambiente hospitalar.

Por se tratar de uma UTI, o acompanhamento social para as famílias da unidade de Neonatologia pode durar cerca de meses, trimestres ou semestres. Dessa forma, como mencionado no início da seção, o HU/UFSC disponibiliza espaços para a estadia da mãe como acompanhante do seu recém-nascido. Com isso, muitas mães de famílias do ambiente neonatal transitam de pacientes para acompanhantes após sua alta médica, se locomovendo para o Hotelzinho. Nesse processo, a assistente social da unidade explica o funcionamento do espaço para as famílias, organiza a disponibilidade dos quartos, apresenta o espaço a mãe e discorre sobre as regras, a rotina e o funcionamento do espaço e da instituição.

Apesar de estarem com os recém-nascidos internados em uma unidade com uma vasta equipe médica, os compromissos e responsabilidades das mães apenas aumentam, uma vez que os cuidados com os recém-nascidos envolvem diretamente os cuidados maternos, abrangendo aspectos físicos e psicológicos. Nesse viés, as mães da unidade de Neonatologia seguem uma rotina intensa de cuidados, que envolve recebimento de notícias boas ou ruins, horários para amamentação, extração de leite, lidar com a recuperação física e emocional do parto e o puerpério, uma fase de extremas mudanças hormonais, que podem afetar a saúde da mulher em diversos aspectos.

Para as mães experientes, com mais filhos, é visível a angústia e o sofrimento de ter que ficar separada de sua família. O HU/UFSC oferece espaço de estadia apenas para um acompanhante, a mãe do recém-nascido. Isso acarreta diversas complicações para as mães, que ficam sobrecarregadas com toda a intensidade dessa experiência, envolvendo a sobrecarga dos cuidados intensivos do RN, as cobranças e expectativas da equipe em relação ao sucesso nos cuidados e as próprias responsabilidades e obrigações da vida “de fora” do hospital.

Desse modo, as mães dos RNs costumam residir no HU/UFSC durante o tempo de internação de seus filhos e os pais e avós ou avôs podem realizar visitas diárias, de acordo com os horários da unidade. Com certa frequência, recebem-se na unidade famílias de outras cidades do Estado de Santa Catarina, pela falta de outras Neonatologias nas redondezas. Nesses casos, o Serviço Social auxilia na possibilidade de estadia do pai em Florianópolis, através de casas de apoio, visto que a instituição consegue acolher apenas a mãe do RN.

Também acontece, com constância, o atendimento a famílias estrangeiras. Para imigrantes e novos moradores da cidade, costuma-se orientar acerca de grupos de acolhimento a estrangeiros e instituições que lecionam aulas de português gratuitas ou de baixo custo, como a UFSC. Além disso, reforça-se o acesso aos benefícios e direitos sociais desses usuários no município de Florianópolis.

Para o atendimento integral das famílias no ambiente neonatal, é fundamental a realização de contato com a rede de saúde e outras entidades de serviços as famílias. Como principais contatos, o Conselho Tutelar é regularmente acionado, caso seja identificada situação de perigo a vida do recém-nascido e da família. Diariamente, realiza-se a contrarreferência para as Unidades Básicas de Saúde após a alta de todos os RNs da unidade para acompanhamento da saúde da família. Também é frequente o contato com os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de referência das famílias, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), outros hospitais, Secretaria do Município e de outros municípios, e quaisquer outras entidades necessárias.

Nesse contexto, de acordo com as necessidades, são realizados os relatórios sociais e entrevistas sociais, ao mesmo tempo em que a equipe administra as demandas institucionais, que costumam vir em formas de solicitação de transporte, entrega de doações da AAHU e outras tarefas não privativas do Serviço Social, mas que frequentemente são solicitadas por outros profissionais e que culturalmente são associadas a profissão. Pontua-se, então, como um dos principais desafios da equipe, lidar com a alta de demandas e organizar as prioridades, ao mesmo tempo em que se luta para conquistar um espaço de consolidação profissional, que

valorize as ações privativas do Serviço Social, em um ambiente com tantas profissões distintas que não compreendem o trabalho da profissão em sua totalidade.

Para além disso, como atividade da equipe, destacam-se aqui os encontros com as mães da unidade neonatal que se constitui de uma atividade em grupo realizada às terças-feiras à tarde, no espaço Canguru, para integração das mães, que encontram entre elas a compreensão e o acolhimento que só elas podem dar umas às outras. Essas reuniões contam com a presença de pelo menos uma médica, uma enfermeira e uma assistente social para passagem de orientações, resoluções de dúvidas e encaminhamentos. Esse espaço se firma como um local democrático e protegido, em que as mães podem se expressar sobre tudo o que sentem e pensam durante esse processo, e por isso, faz parte de ações que devem ser defendidas e mantidas, em ambientes institucionais tão desafiadores como os hospitalares.

#### 4.3 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA DE CAMPO

Levando em consideração os aspectos apresentados, a vigente pesquisa apresenta a perspectiva das famílias entrevistadas quanto à experiência de internação de seus RNs, enfatizando a importância da atuação do Serviço Social com as famílias na unidade.

A ideia da pesquisa surgiu após a pesquisadora iniciar o estágio obrigatório acompanhando a assistente social de referência da unidade de Neonatologia no HU/UFSC, participando de eventos de capacitação preparatórios, ofertados pela instituição. Entre eles, destaca-se o evento de Sensibilização para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, Método Canguru; o curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em Hospital Amigo da Criança e o evento de Educação Permanente em Cuidados à Puérpera e RN na Unidade de Saúde da Mulher.

Em seguida, foi possível conduzir alguns acolhimentos de gestantes no Alojamento Conjunto, para depois realizar entrevistas sociais com gestantes de Alto Risco. Durante esse tempo, a pesquisadora já havia despertado interesse em ouvir os relatos das famílias, e em especial das mães, sobre aquela experiência única que estavam passando.

Contudo, foi ao realizar as entrevistas sociais com as famílias da UTIN que se começou a compreender de fato a intensidade e singularidade daquela experiência. Por conta disso, houve a elaboração do projeto de pesquisa e autorização para realizar as entrevistas com as famílias de recém-nascidos internados na unidade de Neonatologia do HU/UFSC.

Porém, o último semestre de estágio obrigatório e a concretização da pesquisa foram afetados pela greve e paralização dos servidores técnicos-administrativos em educação nas

universidades federais de todo o país. No mesmo período, os professores da UFSC e de diversas outras universidades federais brasileiras também aderiram à greve nacional para lutar pela efetivação de seus direitos, recomposição do orçamento e melhores condições de trabalho. A EBSEH também decidiu por paralisar suas atividades, durante um período breve de duas semanas. Por esse motivo, foram reduzidas as entrevistas e realizadas apenas com as mães dos RNs.

A partir desta breve apresentação das condições institucionais e da pesquisadora, se destaca que a pesquisa ora desenvolvida tem natureza qualitativa, considerando que:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (Minayo, 1993, p. 21).

Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, definidas por Gil como: “a entrevista parcialmente estruturada é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso” (Gil, 2002, p. 117).

A pesquisadora realizou quatro (4) entrevistas com mães de recém-nascidos internados na UTIN do HU/UFSC, no primeiro semestre de 2024. Foram realizadas dez (10) perguntas para as mães e requisitado autorização para utilizar gravador de áudio. Duas (2) das quatro entrevistadas não autorizaram o uso de gravador durante a entrevista. Desse modo, foram transcritas as entrevistas gravadas e, nas outras, foram feitas anotações durante as perguntas. Com isso, na análise de dados foram expostas as respostas transcritas e as observações realizadas nas entrevistas sem gravação. Importante ressaltar que a gravação só serviu para fins de transcrição das falas para melhor análise do material no processo de pesquisa.

As entrevistas foram feitas dentro do espaço Canguru, na unidade neonatal, em uma área privada com sofás, respeitando a privacidade das entrevistadas e o sigilo das informações concebidas. Em relação ao universo e amostra, o universo consiste em todos os RNs nascidos no HU/UFSC no primeiro semestre de 2024. A amostra se refere à recém-nascidos no HU/UFSC que foram internados na UTIN, no primeiro semestre de 2024.

Foram critérios de exclusão para a seleção das famílias para a entrevista: 1) Famílias com mães e pais menores de 18 anos de idade; 2) Pais que não quiseram participar da pesquisa; 3) Famílias que não possuíam recém-nascidos internados na UTIN. Como critérios de inclusão foram considerados: 1) Famílias com mães e pais com idade igual e/ou superior a 18 anos de idade; 2) Pais que queriam participar da pesquisa; 3) Famílias que possuíam recém-nascidos internados na UTIN.

A análise de dados foi feita a partir da transcrição de todo o material coletado, dos estudos realizados acerca do tema e das reflexões da pesquisadora, considerando que: “[...] a análise qualitativa é a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações (Minayo, 1993, p. 27).” Nessa direção, “[...] o tratamento do material nos conduz a uma busca da lógica peculiar e interna do grupo que estamos analisando, sendo está a construção fundamental do pesquisador.” (Minayo, 1993, p. 27).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 2023 e aprovada no dia onze de dezembro do mesmo ano, pelo Parecer Consubstanciado do CEP: 6.569.397 (Anexo A). A pesquisadora seguiu as etapas do projeto e fez a leitura e a entrega para cada participante da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias (de acordo com a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012).

A entrevista foi realizada conforme as observações da pesquisadora referentes à vivência das famílias e das mães que estão de acompanhantes de seus recém-nascidos, residindo no Hotelzinho ou no espaço Canguru do HU/UFSC e a partir do roteiro de questões (Apêndice B). Como participantes, foram entrevistadas as quatro (4) mães que estão a mais tempo na unidade.

A análise de dados é de natureza qualitativa e foi feita a partir da transcrição do material coletado, dos estudos realizados acerca do tema e das observações da pesquisadora, considerando que a “análise qualitativa é a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações (Minayo, 1993, p. 27). Para a autora, “[...] o tratamento do material nos conduz a uma busca da lógica peculiar e interna do grupo que estamos analisando, sendo está a construção fundamental do pesquisador.” (Minayo, 1993, p. 27).

Quanto ao método de análise, foi utilizada a de Conteúdo que “constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda sorte de comunicações.” (Moraes, 1999, p. 2). A análise de conteúdo é conduzida a partir das descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas e ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. (Moraes, 1999).

A seguir, serão apresentados os resultados da pesquisa, sendo importante destacar que os dados apresentados revelam uma realidade particularizada, não sendo passível de generalização, embora aponte dados que expressam as condições das famílias no cuidado de crianças recém-nascidas e o impacto no cotidiano da vida familiar.

#### 4.4 A REALIDADE DAS MÃES COM RÉCEM-NASCIDOS INTERNADOS NO HU/UFSC.

Para a análise das entrevistadas, foram utilizados nomes fictícios, indicando as flores: Orquídea, Begônia, Camélia e Violeta. Como mencionado nos aspectos metodológicos, apenas duas entrevistas foram autorizadas a utilizar o gravador de áudio, que foram as de Orquídea e Violeta. Begônia e Camélia não aceitaram a gravação de áudio das entrevistas e, por isso, a análise da pesquisa baseou-se nas respostas transcritas de Orquídea e Violeta e nas anotações e observações da pesquisadora durante o diálogo com Begônia e Camélia.

Orquídea reside em Biguaçu e acompanha seu recém-nascido na instituição há três meses. Begônia é proveniente de Florianópolis e está há mais de um mês no espaço Canguru, acompanhando seu bebê. Também no espaço Canguru habita Camélia, com seu recém-nascido há um mês e duas semanas, originária de Florianópolis. Violeta completa o grupo de mães entrevistadas, natural de Garopaba e frequentando o Hotelzinho há três semanas.

Como primeiro tema abordado nas entrevistas com as mães, questionou-se sobre como elas tem se organizado para os cuidados do recém-nascido. Acerca dessa pergunta, as mulheres sinalizaram respostas simples, similares e parecidas. As entrevistadas informaram, em harmonia, que a organização com os cuidados do recém-nascido é realizada de acordo com o cronograma, planejamento e horários da unidade de neonatologia.

Diante desse retorno, esclarece-se que, apesar das mulheres estarem no lugar de acompanhantes, o atendimento no setor é realizado com todos que se apresentem participantes ativos dos cuidados dos pacientes em questão, os recém-nascidos. Então, como acompanhantes, as mães continuam sendo atendidas pela equipe multiprofissional da neonatologia, tendo acesso à emergência obstétrica do andar para quaisquer intercorrências no processo de recuperação após o parto.

Além disso, no que se refere aos cuidados dos RNs, ao decorrer do andamento clínico, a acompanhante se torna cada vez mais participativa na realização do cuidado de seus bebês. Com relação à amamentação materna, por exemplo, apesar de ser iniciada apenas quando o RN estiver preparado, durante o tempo de recuperação, a equipe instrui a mãe com técnicas para que o leite não pare de ser produzido. Depois, durante todo o processo de internação do bebê, os profissionais certificam-se que o aspecto da amamentação está satisfatório, até a alta do RN.

Esse é um dos elementos que são trabalhados, também, enquanto o bebê se estabelece clinicamente. Desse modo, por se tratar de uma unidade centralizada na vida de recém-nascidos,

os cuidados envolvem profundamente os sujeitos que são considerados “família” ou “rede de apoio” dos bebês.

No entanto, umas das limitações do ambiente se apresenta na falta de estrutura para receber mais que apenas um acompanhante por paciente. Isso acarreta grandes consequências, principalmente no que concerne à sobrecarga da acompanhante/cuidadora do RN e a responsabilização das famílias/mulheres.

A sobrecarga de uma cuidadora regularmente resulta em alterações nas condições de saúde, podendo ser notados pela própria ou, geralmente, por familiares e conhecidos. Em relação a isso, são levadas em consideração condições de saúde, aspectos físicos, sociais e emocionais. Como bem pontua Montenegro, a falta de saúde não só pode ser identificada por dores e sensações, como o cansaço, mas também pela ausência de diversas atividades que são encarregadas de manter uma vida saudável:

[...] ausência de cuidados de saúde; ausência de atividade física; dificuldade para comparecimento às consultas médicas agendadas; falta de descanso; e, dificuldade para fazer acompanhamento psicológico. Existe abandono ou retardo em relação aos próprios cuidados, além de privações a cuidados preventivos de saúde, como atividade física. (Montenegro, 2019, p. 13)

Diante disso, na unidade de Neonatologia, poucas cuidadoras conseguem descansar em suas próprias casas, quem dirá realizar atividades físicas ou seguir acompanhamentos médicos. Em alguns casos, a equipe multiprofissional precisa relembrar as mães sobre a retirada dos pontos do parto cesárea, de tão imersas que elas ficam nos cuidados dos seus bebês.

Dessa forma, a falta de estrutura para acolher ademais responsáveis pelo bebê, como os pais dos RNs ou outras pessoas que compõe a rede de apoio da família, estimula a sobrecarga das acompanhantes. Também se faz necessário relembrar, que o ambiente em que elas estão inseridas trata-se de em uma instituição de saúde pública onde o atendimento as demandas da população devem ser íntegras, seguindo os princípios do SUS. Esse aspecto se estabelece como um dos principais desafios passados pelas mães acompanhando seus recém-nascidos, como foi sinalizado pelas mulheres nas próximas respostas das entrevistas.

Como segundo aspecto tratado com as acompanhantes, as mulheres responderam sobre quais tem sido as principais dificuldades que elas encontraram no processo de internação do recém-nascido. Nessa pergunta, as mães expuseram suas perspectivas sobre essa experiência.

Eu acho que para mim, no começo foi bem mais fácil. Por esse fato que eu te falei que tinha a Tulipa<sup>2</sup>, tinha a Amélia, a gente criou um vínculo aqui, sabe, desde o início. Então, a gente acordava, a gente já tinha aquela rotina, a gente ia tomar café juntas, a gente almoçava juntas, tudo, e agora eu ter ficado assim sozinha mesmo, sabe, então foi o que tá sendo mais difícil no momento. A gente acaba enfrentando tudo sozinha

---

<sup>2</sup> Os nomes citados na fala transcrita de Orquídea, ao mencionar outras mães, são fictícios.

né, por mais que fale “ah! pelo celular, coisa, né?” Mas aqui a gente se abraçava, tudo né. (Orquídea, 2024)

Ah, a minha recuperação, com certeza. Que eu fiquei lá na UTI né? Então para voltar a andar, fazer tudo, assim... também me livrar do vício no cigarro, que eu era fumante, né? Tem sido bem difícil. (Violeta, 2024)

Sobre as respostas das outras entrevistadas, Begônia mencionou, como as principais dificuldades durante o processo de internação de seu recém-nascido, o distanciamento de casa e a alimentação fornecida no hospital. Para Camélia, a principal dificuldade durante a internação de seu bebê foi a limitação em poder sair do hospital e cita que se sentiu “presa” por não “poder” ir para casa. Também relatou durante a entrevista que “não está dando conta” dos cuidados de seus RNs.

No tocante da resposta de Orquídea, a mãe sinalizou uma das principais particularidades do grupo de mães da Neonatologia: a criação de vínculo entre elas. A princípio, para uma pessoa que não convive na unidade, estar sozinha nos cômodos do hospital pode aparentar positivo, no sentido de ter mais espaço ou mais sossego. Porém, na unidade, as mulheres encontram entre si uma forma de suportar a experiência através da companhia de outras mães, que estão passando pela mesma situação. Por conta disso, as acompanhantes que ficam sozinhas no hospital, devido a fluxos menos intensos de internações de pacientes, podem se sentir solitárias, como pontuou Orquídea. Esse sentimento foi compartilhado por Begônia e Camélia, com a demonstração do desejo de voltar para suas casas e ficar com suas famílias.

Quanto a essa perspectiva, situa-se que a unidade de Neonatologia apresenta uma rotina intensa de cuidados e a exaustão das mães pela experiência vivenciada é frequente. No setor neonatal, cada família atendida tem seu perfil, com suas potencialidades, particularidades e limitações. Quando uma mãe apresenta limitações em seguir a rotina intensa de cuidados do RN, a equipe demonstra suas exigências com relação à disponibilidade da acompanhante na participação dos cuidados. Com isso, as expectativas e cobranças da equipe sob a “face maternal” das mães pode resultar em uma pressão sob elas, por precisarem estar sempre disponíveis para “se doar” enquanto cuidadora singular do recém-nascido, durante o período de internação.

Como mencionado na primeira questão abordada nas entrevistas, o HU/UFSC disponibiliza espaço para apenas uma acompanhante de recém-nascido internado, na grande maioria dos casos, a mãe. Isso pode resultar na falta de uma participação mais incisiva dos pais na recuperação dos RNs, na dificuldade de criação de vínculo entre pais e seus filhos e em desentendimentos na relação do casal, comuns durante o período do puerpério.

Essa circunstância é contraditória à metodologia Canguru, que visa ambos os pais como protagonistas da gestação e dos cuidados do RN. Segundo o Manual Técnico do Método Canguru, a presença e a participação do pai nos cuidados deve ser estimulada, durante toda a gestação, antes e após o parto, como mencionado a seguir:

Fica clara a importância da participação do homem nos cuidados do pré-natal, como propõe o Ministério de Saúde do Brasil. Não apenas para que ele próprio passe por avaliações clínicas que lhe são propostas para este momento, mas porque seu lugar e suas funções como companheiro desta mulher e nos cuidados com o recém-nascido são reconhecidos. Suas competências são valorizadas com os inúmeros benefícios que podemos creditar em sua efetiva participação no parto e consequentemente no pós-parto, nos cuidados com o filho, no apoio à amamentação. (Brasil, 2017; p.40)

Desse modo, apesar da unidade seguir a metodologia Canguru, há contradições na aplicação do método, especialmente devido às limitações de espaço e estrutura para atendimento íntegro às famílias. Nesse contexto, a unidade de Neonatologia é uma das áreas da saúde onde a desigualdade de gênero se faz mais evidente. Na maioria dos casos, nem se considera outro acompanhante que não seja a mãe, para abdicar de sua vida e residir em um hospital, durante tempo indeterminado. Essa ocorrência demonstra como o cuidado ainda é naturalizado enquanto responsabilidade das mulheres.

À vista disso, são raras as famílias em que a participação nos cuidados com os RNs é equilibrada entre o pai e a mãe. Pelo contrário, na maioria dos casos, mesmo quando o pai é presente, a mãe está em posição de acompanhante e são poucas as visitas feitas pelos pais aos recém-nascidos.

A desproporção da divisão de cuidados entre mãe e pai na maioria da realidade das famílias brasileiras, ocorre devido a naturalização da figura da mulher enquanto cuidadora, em todas as formas e tamanhos, inserida na construção sócio-histórica de uma sociedade patriarcal, como pontua Montenegro:

Quando se fala em cuidado, a figura da mulher continua sendo “naturalmente” identificada no imaginário social como responsável, sob a justificativa dos “atributos femininos” serem mais adequados para tais tarefas. Sabe-se, através dos estudos feministas, que estas visões são decorrentes das construções sócio-históricas e econômicas das desigualdades entre os sexos nas relações sociais, presentes historicamente nas opressões vigentes em uma sociedade patriarcal. (Montenegro, 2019, p.2)

Dessa forma, apesar da metodologia Canguru determinar a participação constante do pai nos cuidados do recém-nascido, a disponibilidade e organização do ambiente pode estar contribuindo para a sobrecarga das mães dos RNs, que já são naturalmente responsabilizadas e cobradas pela função do cuidado.

Ainda nesse âmbito, a fala de Violeta tocou sobre o curto período de tempo que as mães dos RNs tem para se recuperarem do nascimento do bebê e tornarem-se acompanhantes. Após o parto e confirmação de que o RN precisa ir para a UTIN, os recém-nascidos são transferidos para a unidade de Neonatologia e as mulheres logo são apresentadas a opção de ficar no Hotelzinho, após sua alta médica.

Caso a mãe resida nas redondezas, a família pode optar por ficar em casa e ir todos os dias ao hospital para participar dos cuidados do RN. No entanto, para muitas mães essa opção é inviável, por muitas serem de outras cidades, ou mais cansativa, devido ao tempo e custo de ir e vir todos os dias. Com isso, muitas optam por ficar no hospital, no Hotelzinho ou no Canguru, a depender do caso clínico do RN.

No caso de Violeta, a mãe do RN, ficou internada por algumas semanas, na UTI adulta, após o parto. Nesse caso, ela teve que rapidamente se recuperar, passar de paciente para acompanhante e se adaptar a rotina de cuidados da unidade. Essa fase de transição, levando em consideração as grandes mudanças, as influências hormonais do período do puerpério e a carga emocional de uma mãe que está com seu bebê internado, pode ser extremamente desafiadora no que se refere à saúde mental das mulheres.

O que torna essa experiência ainda mais desafiadora são os longos períodos que as mães “residem” dentro das paredes de um hospital. Pacientes em uma UTI podem ficar internados por meses, vivendo melhoras e decaídas. Diante disso, cada dia é incerto sobre o futuro dos bebês, que acabaram de nascer e já estão lutando por sua sobrevivência.

À vista disso, em relação à organização das acompanhantes com fatores externos, o terceiro assunto abordado com as entrevistadas refere-se a como elas tem se organizado com os cuidados da casa, outros filhos que não estão internados e com o trabalho. Para Orquídea e Violeta, sobre as organizações e cuidados externos:

É, então, eu tenho a minha avó né, que ela que me criou, também, né, é... eu não tive a criação da minha mãe, então ela que tá me ajudando a cuidar da minha outra filha né, ela e meu marido quando ele chega do serviço, ele pega ela lá e é a onde que os dois tão se revezando lá, para cuidar. E daí eu vou para casa geralmente na quarta-feira, que é ali no meio da semana né, e no final de semana. Geralmente na sexta ou no sábado e volto só no domingo pra cá. (Orquídea, 2024)

A isso é minha mãe que tá me ajudando, né... Ela que tá fazendo tudo lá né, mas eu nem sei o que tem pra fazer lá né, quando eu chegar que eu vou ver. Mas é ela que tá cuidando de tudo. (Violeta)

Para Begônia, no momento ela não estava pensando nisso, e seu companheiro estava tendo que “se virar”. Ela relatou que iria organizar suas pendências depois que voltar para casa.

Nesse sentido, Camélia respondeu que tem tido ajuda de sua família, mas há algumas situações que só ela pode resolver, e por isso desejava voltar para casa logo.

Diante dos aspectos apontados, apresenta-se, nas falas das entrevistadas, outra particularidade do grupo de mães da unidade: a fragmentação entre a vida hospitalar e a vida de fora da instituição. Muitas mulheres, em especial as mães com múltiplos filhos, apontam que seguir a rotina da unidade de Neonatologia é “estar com o coração partido” devido a realidade de estar cuidando de seus RNs, mas “deixando” outros filhos em casa.

Em alguns casos, as acompanhantes seguem a rotina de cuidados da unidade, e aos finais de semana retornam para suas residências. Apesar disso, por alguns relatos descobre-se que, ao voltar para casa, as mães deparam-se com mais demandas e trabalho, ou seja: mesmo em suas casas, as mulheres não descansam de suas vidas doadas aos cuidados, apenas aumentam a quantidade de trabalho não remunerado. Sobre isso, Montenegro pontua:

Cabe ressaltar que a inserção da mulher no mercado de trabalho ao mesmo tempo em que é comemorado como uma conquista, não reduz em muitas situações o desempenho dela em outras atividades domésticas, o que tem sido caracterizado como dupla ou tripla jornada de trabalho. Há, portanto, uma sobrecarga de funções que sendo transferidas para a família recai diretamente sobre a mulher. (Montenegro, 2019, p.8)

Assim, com a naturalização das mulheres na tarefa do cuidado, as jornadas de trabalho não remuneradas apenas aumentam, ao passo em que a mulher também é inserida ao mercado de trabalho. Por isso, mesmo em situações atípicas como as das mães da Neonatologia, as mulheres continuam sendo sobrecarregadas, com as inúmeras formas de cuidado prestadas, aos sujeitos ao longo de todas as fases de um ser humano: do nascimento até a morte.

Pelas respostas das entrevistas, também é sinalizado que quando as mães estavam ocupadas no hospital, outras mulheres se responsabilizavam pelos cuidados externos à unidade. Ainda nesse âmbito, o quarto ponto trabalhado da entrevista, refere-se a importância da rede apoio/família nesse processo. Conforme as mães, sobre a rede de apoio:

Ah bastante, porque é bem difícil né. Ouvir as notícias assim, ruins né porque a gente chega ali, e não sabe muito o que vai vir assim, né. As vezes chega ali e recebe notícias boas e as vezes ruins, e daí eu já corro aqui, para falar pro meu marido, pra minha avó. É os que estão mais perto de mim, nesse momento. Os dois. E Deus também, eu converso bastante, confio bastante, porque é o que tem mantido, porque tem que ser bem forte. (Orquídea)

Muito importante, a minha mãe que está me ajudando com tudo. Desde quando eu tava internada, ela vinha me visitar tudo, agora tá lá na minha cidade, eu vou ir morar com ela e ela vai me ajudar bastante. (Violeta)

Begônia e Camélia relataram que compreendem a importância da rede de apoio, mas não entraram em detalhes.

Acerca do que se configura uma rede de apoio, na perspectiva da proteção da criança e da mãe, quanto maior for sua rede de pessoas que possam te auxiliar, melhor. No entanto, para a maioria das famílias, essa não é a realidade apresentada. Pelo retorno das mães, as redes de apoio das famílias das unidades são compostas em sua maioria por outras mulheres, como mães, avós, irmãs e amigas.

Com isso, ao trabalhar com famílias, se faz necessário ter cautela, pois há uma linha tênue entre trabalhar em cima das possibilidades da rede de apoio e da família e responsabilizar os usuários sobre sua proteção social. Nesse sentido, ao trabalhar com as famílias e mulheres envolvidas nos cuidados, compete à equipe multiprofissional orientar acerca de instrumentos que resultem no acesso a saúde e outros direitos sociais, visando a emancipação humana.

Para isso, se faz necessário exercer a capacidade de analisar criticamente a realidade dialética, na qual as famílias são transpassadas pelas expressões da questão social e há um desmonte e um retrocesso histórico nas conquistas sociais acumuladas, resultando na naturalização da desigualdade social (Farias, 2013).

Como assistente social, também compete aplicar e defender aparatos democráticos que possibilitem na participação da população na organização e concretização dos espaços públicos. Nesse viés, com o intuito de avaliar o trabalho da instituição, como quinto tema tratado durante as entrevistas, foi perguntado para as mães como elas avaliam o atendimento da equipe de Neonatologia.

No que concerne a Orquídea e Violeta, as mulheres apontaram estar satisfeitas com o trabalho feito até então pela equipe multiprofissional. Nas respostas, elas não se prolongaram e relataram afirmações positivas e breves sobre a equipe. Por outro lado, Begônia e Camélia citaram críticas à equipe. Para Begônia, a equipe neonatal teve “condutas boas e ruins”, em suas palavras. Camélia, em concordância com Begônia, conta que gostaria de mais ajuda com a amamentação de seus gêmeos e que, inclusive, iria recorrer à ouvidoria por falta de auxílio da equipe.

No que concerne à distinção entre as falas das mulheres, ressalta-se que Orquídea e Violeta permaneciam ao Hotelzinho enquanto Begônia e Camélia estavam ficando no espaço Canguru. As entrevistas de Begônia e Camélia foram feitas durante o período de greve dos TAEs da UFSC, no qual a equipe de Neonatologia encontrava-se incompleta, no momento das entrevistas. Dessa forma, a perspectiva de falta de suporte citada nas respostas das mães pode estar relacionada a esse fato.

Todavia, mesmo em tempos com a equipe completa, ainda assim são comuns reclamações, principalmente sobre a falta de infraestrutura nos aposentos das mães, que não

têm privacidade e acesso à internet. Para além disso, no começo do estágio obrigatório, no início de 2023, o espaço Canguru era um ambiente muito desejado e requisitado pelas mães, onde elas se sentiam acolhidas e seguras.

Mas, com os retornos das entrevistas e as últimas reuniões em 2024 com as mães da Neonatologia, pode-se perceber que essa perspectiva mudou, e muitas mães relatam se sentirem “presas” no espaço Canguru, e têm preferido ficar no Hotelzinho, onde existe mais liberdade. Essa mudança pode ser reflexo de diversos fatores, tais como: a falta de profissionais na instituição durante a maior parte do primeiro semestre de 2024, o impacto da greve dos TAES da UFSC na relação entre os funcionários da instituição, as mudanças na escala dos profissionais da unidade de Neonatologia e o período de adaptação de novos integrantes da equipe, que podem estar com dificuldade na compreensão do fundamento da metodologia Canguru.

Na seguinte pergunta, foi pedido para as mulheres citarem quais ações o Serviço Social realizou e auxiliou no atendimento das necessidades do seu bebê e sua família. Sobre esse tópico, as mães não souberam citar muitas atividades exercidas pela profissão. Para Orquídea e Violeta, o Serviço Social as auxiliou com orientações referentes à rotina da unidade e ao Hotelzinho. Mencionaram, em suas palavras, “os horários das refeições” e “mostrar o Hotelzinho”. Begônia não soube dar exemplos de atividades específicas do Serviço Social. Camélia menciona “apoio” e “conversas”.

Apesar dos poucos exemplos citados de ações da equipe de Serviço Social, em relação ao próximo aspecto abordado na entrevista, sobre como elas avaliam o atendimento do Serviço Social, o retorno foi 100% positivo. Com respostas singelas, as quatro mães entrevistadas concordaram que o Serviço Social auxilia positivamente as famílias durante o processo de internação. Nas falas, foram utilizadas frases curtas como “ajuda bastante” e “bom atendimento” e “avalio 100%”. “Violeta” afirma que o Serviço Social: “sempre está disponível quando preciso.”

Também houve ausência de retornos nas respostas da próxima pergunta, referente a quais sugestões elas indicam para o trabalho da assistente social na unidade de Neonatologia. Nenhuma das mulheres entrevistadas soube sugerir alguma ação para que o Serviço Social passe a realizar no setor.

Diante das falas das acompanhantes, sobre as questões referentes ao Serviço Social, nota-se que a visão das mães quanto ao atendimento do Serviço Social é positiva, e as famílias entrevistadas se sentiram acolhidas pela equipe. No entanto, percebe-se que as usuárias não identificaram quais ações compõem o trabalho da profissão. Essa falta de conhecimento acerca

das atribuições do Serviço Social também é notável, em alguns casos, pela equipe de Neonatologia e na instituição.

A falta de percepção pelo trabalho do Serviço Social, observado pelas falas das famílias, pode estar atrelado com a ausência de entendimento da população, em geral, sobre a profissão. Porém, a ausência de respostas mais profundas também pode estar relacionada com o ambiente hospitalar e a experiência que as acompanhantes passaram, de serem atendidas por múltiplos profissionais, sendo normal não lembrar ou se confundir sobre qual profissional fez qual procedimento ou atendimento.

Apesar disso, ainda nos dias de hoje, a profissão é estigmatizada pelo viés assistencialista e filantrópico, que insiste em conceitos representados por palavras como “ajudar”, “solidariedade” e “caridade”. Com isso, muitos pacientes têm como referência o Serviço Social como uma profissão que apenas fornece doações, ou que auxilia em tarefas gerais. Essa visão, também é presente em alguns profissionais da equipe, que solicitam tarefas para a profissão que não cabem somente ao Serviço Social exercer, ou não têm relação com o trabalho dos profissionais.

Nesse contexto, considerando que o assistencialismo não resolve o problema da questão social, para Farias (2013, p. 164) “é fundamental que o profissional de Serviço Social possa estar munido de instrumentais e estratégias, para poder driblar a máscara do assistencial e poder oferecer aos usuários serviços de qualidade e capazes de emancipar os usuários.”

O autor complementa seu argumento ressaltando que:

[...] cabe mais ao profissional de Serviço Social buscar apreender as verdadeiras aspirações dos usuários (pesquisando a realidade global, regional e local, isto é, a conjuntura) e levá-los a buscar seus direitos, sem criar hábitos de dependência filantrópica, benevolente ou assistencial. (Farias, p. 166, 2013)

Nesse viés, a visão dos usuários sobre a relação do assistencialismo e do Serviço Social pode se alterar com a reivindicação dos assistentes sociais sob seu objetivo como implementador de políticas públicas e sociais, na condição de mecanismos de enfrentamento da questão social (Farias, 2013). Ainda assim, a consolidação da profissão nos campos profissionais com vastas profissões se estabelece como um desafio.

Também tratando-se de avaliar o funcionamento da unidade, como um dos últimos temas abordados, foi pedido para as mães sugestões para o trabalho da equipe neonatal. Orquídea e Violeta se ausentaram em sugerir novas ações para a equipe, afirmando que o trabalho já era satisfatório. Em suas palavras, Begônia relata que “falta humanidade” nos profissionais e que “a equipe deve ser mais humana”. Camélia, em sintonia com a companheira de espaço, declara que “falta ajudar mais”.

Como já mencionado, há alguns motivos que podem ser a razão das avaliações negativas feitas por Begônia e Camélia sobre a atuação da equipe neonatal. Nesse âmbito, essa pesquisa contribuiu para que a equipe saiba quais são as principais limitações do ambiente no momento e a unidade possa se organizar para voltar a ser bem avaliada e as famílias possam se sentir mais acolhidas.

Como última pergunta feita para as mães, o final aspecto toca no que significa a família para as mulheres. Todas, utilizaram a mesma palavra para definir o significado de família para elas, sem saber o que a outra tinha respondido. As quatro mães da unidade de Neonatologia entrevistadas declaram que, para elas, a família é: tudo.

Em síntese, analisa-se que há limitações na unidade de Neonatologia e contradições na aplicação do método Canguru, que podem reforçar a responsabilização social das mulheres nos cuidados. Apesar disso, nesse ambiente, o Serviço Social se estabelece como uma profissão com muitas potencialidades e de extrema importância no processo de internação das famílias no setor, em especial para os aspectos que envolvem o acolhimento das famílias no ambiente e a viabilização dos direitos sociais dos usuários.

Nos casos de maior complexidade, em que relatórios sociais são necessários, evidencia-se o valor, importância e seriedade do parecer de um assistente social, em decisões transformadoras nas vidas das famílias da unidade. Nas demandas menos complexas, também se nota a importância da profissão para aqueles usuários, mesmo nas ações corriqueiras da rotina do setor.

Na linha de frente, a qualquer momento podem aparecer demandas extremamente complexas, mas também existem dias mais calmos, nos quais a equipe se atenta para demandas institucionais e laborais. Em suma, a pesquisadora nota que a equipe é versátil no que se refere a diversidade de atividades e aos fluxos hospitalares.

Sobre os resultados das entrevistas realizadas com as famílias da Neonatologia do HU/UFSC, conclui-se que ouvir as perspectivas das mães acompanhantes de recém-nascidos em períodos longos de internação enriquece a dimensão profissional da conseqüente estudante e fortalece a instituição onde a pesquisa foi realizada, devido à ciência das problemáticas sinalizadas, o que serve de indícios para quais aspectos devem ser melhorados na unidade, para um melhor acolhimento das famílias, que são o centro da Neonatologia.

## 5 CONCLUSÃO

Diante dos aspectos apresentados e retomando o objetivo do TCC que é identificar e analisar as demandas sociais e de saúde das famílias atendidas pelo Serviço Social na unidade de Neonatologia do HU/UFSC. Conclui-se que a referida unidade apresenta limitações e potencialidades no que se refere ao atendimento prestado às famílias e as mulheres da Neonatologia. Enquanto atributos, no ambiente neonatal, considera-se a fundamentação na metodologia Canguru, que visa o atendimento humanizado na saúde da mulher e da criança. Nesse viés, os eventos de formação e capacitação da Maternidade na instituição são de grande valor, principalmente no que se refere à adaptação da equipe às unidades de atendimento e as discussões no tocante às particularidades apresentadas nesses setores.

Além disso, atividades de integração para as acompanhantes dos recém-nascidos, como o encontro das mães dos RNs no espaço Canguru, devem ser mais constantes, uma vez que incentivam a relação entre elas e fortificam o diálogo com a equipe multiprofissional da unidade ao longo do processo de internação. Outras ações que visem o lazer e a saúde física e mental das acompanhantes devem ser estimuladas e executadas.

O trabalho do Serviço Social na Neonatologia também é visto como uma potencialidade no setor, principalmente por sua importância no processo de acolhimento das famílias e na viabilização dos direitos sociais dos usuários que acessam o SUS. Nesse sentido, as entrevistas revelaram boas avaliações das participantes sobre o atendimento da profissão, fato que pontua a importância das profissionais para as famílias durante o processo de internação dos recém-nascidos.

Acerca desse fato, o Serviço Social na instituição se consolida como uma potência transformadora, a partir da visão dos profissionais acerca das problemáticas que envolvem as famílias, e principalmente as mulheres, na unidade. Portanto, a equipe deve estar presente na esfera de gestão da Neonatologia, para pensar, planejar e executar ações a favor do acolhimento das famílias, sobretudo, das mulheres.

Também menciona-se aqui a relevância do trabalho da equipe de Psicologia compondo a equipe multiprofissional, principalmente pelos atendimentos feitos em conjunto ao Serviço Social, em busca da integridade no atendimento às demandas.

Enquanto limitações do Serviço Social, ressalta-se a dificuldade do reconhecimento da profissão no campo institucional, pela alta de demandas requisitadas, que não são atribuições privativas da profissão. Isso pode causar sobrecarga nas assistentes sociais da equipe, que precisam se ordenar sobre as demandas dos usuários e as demandas institucionais. Além disso,

a profissão continua sendo estigmatizada pelo viés assistencialista na instituição, o que dificulta a concretização do principal valor ético-político do Serviço Social.

Também pontua-se como desafio para a profissão a falta de infraestrutura na instituição para a realização de melhores atendimentos, devido a grandes limitações de espaço e privacidade. As áreas de trabalho são precarizadas, com salas pequenas e poucos móveis, nas quais não são suficientes para o total da equipe, que se compõe com residentes e estagiárias.

Ainda como restrições da unidade, as entrevistadas revelaram que a separação de suas casas e famílias, pelos longos períodos de internação dos RNs, é extremamente desafiadora. Nesse âmbito, foram constatadas pelas avaliações das mulheres algumas problemáticas na aplicação do método Canguru e no atendimento da equipe do setor. Nesses casos, o espaço Canguru é um local que deveria transmitir acolhimento e segurança para as famílias. Por isso, após as recentes avaliações, a unidade deve se reorganizar sob as questões apontadas e definir soluções, para que o ambiente volte a inteirar as demandas do bebê e das mães.

Nesse seguimento, o espaço para hospedar as famílias se consta como insuficiente, na medida em que consegue apoiar apenas da mãe dos recém-nascidos. Como relatado pelas acompanhantes, isso pode causar a sobrecarga e exaustão das mães, por toda a experiência vivenciada no momento da internação, em que já são responsabilizadas e culpabilizadas. pela naturalização da relação entre mulher e cuidado.

Nessa perspectiva, a participação dos pais no processo dos cuidados do recém-nascido deve ser estimulada pela equipe da unidade e o espaço para a acomodação das famílias com a inclusão dos pais, durante a internação dos RNs, é uma medida que deve ser providenciada, para assim intencionar o equilíbrio das responsabilidades materna e paterna sob o bebê.

No entanto, considerando os elementos extraídos na pesquisa, constata-se que a saúde pública brasileira está distante de oferecer aos seus usuários um atendimento que corresponda aos princípios do SUS, conquistados após décadas de lutas a favor do direito da população por uma saúde pública, de qualidade e para todos.

Por isso, os elementos trabalhados nessa pesquisa devem ser retornados e apresentados para a unidade de Neonatologia, buscando mudanças nas questões apontadas como principais problemáticas na unidade, tornando o ambiente mais democrático.

Por fim, pontua-se que a defesa do SUS é imprescindível e, enquanto assistentes sociais na saúde, compete aplicar o amplo conhecimento das diretrizes do SUS nos atendimentos com os usuários, colocando em prática as dimensões teóricas-metodológicas, éticas-políticas e técnico-operativas investigativas e formativas, objetivando a emancipação dos usuários.

## REFERÊNCIAS

- ÁLVARES, Luciana de Castro. **Famílias monoparentais femininas: um olhar sobre este arranjo familiar na cidade de Uberaba-MG.** 2003. 152 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2003.
- BEZERRA, Lorena Damasceno Alves; et al; Benefícios do Contato Pele a Pele Para o Recém Nascido. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional (RETEP)**, Fortaleza, 2016; 8(4), p. 2050-2055. Disponível em: <https://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2021/09/RETEP-SETEMBRO-2021.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2024.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete; **Política social: fundamentos e história.** 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. Constituição 1988, de 5 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 2016.
- BRASIL. Lei nº8742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1993.
- BRASIL. Lei nº14601, de 19 de julho de 2023. **Institui o Programa Bolsa Família.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.: il.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete; et al (ORGS.). **Saúde e Serviço Social e Saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 25-47.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (ORGS). **Saúde na Atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro, Editora da UERH/Rede Sirius, p. 15-29, jul. 2011.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária.** São Paulo: Cortez, 1996.
- CAMARGO, Maria Angelina B. de Carvalho de A. **Relações e condições de trabalho do assistente social na atualidade: a proletarianização da profissão.** 2019. 20 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

CARVALHO, Inaiá, Maria Moreira de; ALMEIDA, Paulo Henrique. Família e Proteção Social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, vol.17 n.º.2, 2003, p. 109-122. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000200012>. Acesso em: 24 jul. 2024.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Universidade Federal de Santa Catarina. **Conheça a Maternidade do HU-UFSC**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/saude/maternidade/conheca-a-maternidade-do-hu>. Acesso em: 15 jun. 2024.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Universidade Federal de Santa Catarina. **Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago**: Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/sobre>. Acesso em: 15 jun. 2024.

FARIAS, Jalon Nunes de. O assistencialismo na assistência social brasileira. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 22, n. 2, p. 155-168, maio 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HORST, Claudio Henrique Miranda; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo?. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, UERJ, v. 15, n. 40, p. 228-246, 2018.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O debate contemporâneo da Reconceitualização do Serviço Social: ampliação e aprofundamento do marxismo. In: IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

LEONATO, Samara. O movimento de reconceitualização do serviço social brasileiro. **Revista Maiêutica**, Indaial, v. 04, n. 1, p. 25-33, jul. 2017.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, 2011, p. 497-508.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde**. s.l, HUCITEC, 1993. p.19-91, ilus. (Saúde em Debate, 55).

MENDES, José Dínio Vaz; HUÇULAK, Márcia; TAMELINI, Rosana; PORTAS, Silvany. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: Conass, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**. São Paulo: Vozes, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (orgs). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo, Cortez, 2008, p. 130 - 148.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, UEL, v. 12, n. 2, p. 163–176, 2010. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>. Acesso em: 30 mar. 2024.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; STAMM, Maristela. Família e Cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Universidade Estadual de Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, 2004.

MONTENEGRO, Rosiran Carvalho de Freitas. **Mulheres e Cuidado: Responsabilização, Sobrecarga e Adoecimento**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, [s. l.], v. 16, ed. 1, 21 maio de 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22440>. Acesso em: 01 junho. 2024.

MORAES, Patricia Maccarini; NUNES, Renata; HORST, Claudio Henrique Miranda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Familismo e Política Social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, Maranhão, UFMA, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 802, 27 dez. 2020.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, RS, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOTTA, Ida Cristina Rebello. Mães negras e o silêncio de suas falas. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 12, 2021, Florianópolis, p.1-9.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

PEIXOTO, Elisa Alvarenga et al. Visita de avós em unidade de terapia intensiva neonatal: compreendendo a dinâmica familiar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 17-32, dez. 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200003&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 24 jul. 2024.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos; et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 12, p. 122-134, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kYPzVLX9DKpxWtWJgKKTtgS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 24 jul. 2024

SOLCIA, Vanessa Mara; DUTRA, Nayara Hakime. Família e Proteção social: desafios e reflexões. In: **Anais do IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos**, Londrina, UEL, 2022. p. 1-13. Disponível em: <https://www.uel.br/pos/sersocial/pages/arquivos/Congresso%202022/Genero%20familia%20e%20politicass%20publicas/6498-405194-56366-2022-03-28.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2024

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. **O movimento de reconceituação do serviço social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade**. In: Seminário Nacional do Serviço Social Trabalho e Política Social, 2015, Florianópolis. p.1-8. Disponível em: [https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo\\_2\\_139.pdf](https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf). Acesso em: 24 jul. 2024.

WIESE, Michelly Laurita. PRÁ, Keli Regina Dal. MIOTO, Regina Célia Tamasso. O cuidado como direito social e como questão de política pública. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 11, 2017, Florianópolis. p.1-13. Disponível em: [https://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1493036300\\_ARQUIVO\\_CuidadocomoDireitoSocial.pdf](https://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1493036300_ARQUIVO_CuidadocomoDireitoSocial.pdf). Acesso em: 24 jul. 2024.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO SOCIOECONÔMICO DEPARTAMENTO DE  
SERVIÇO SOCIAL  
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA – TRINDADE – CEP 88040-900 – FLORIANÓPOLIS / SC  
TELEFONE +55 (48) 3721-9540 - FAX +55 (48) 3721-9990

dss@contato.ufsc.br | www.dss.ufsc.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **“O trabalho do Serviço Social e as famílias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no HU/UFSC.”** A pesquisa será realizada para o Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Com essa pesquisa, procura-se: **“Analisar o trabalho do Serviço Social no atendimento às demandas sociais e de saúde das famílias com recém-nascidos internados na UTIN no HU/UFSC.”** Como procedimento metodológico será realizada uma entrevista semiestruturada (gravada, mediante consentimento), com o familiar acompanhante, com perguntas relativas ao processo de dificuldades e superação dos familiares acompanhantes dos recém-nascidos internados na UTIN do HU/UFSC. Como benefícios a esta pesquisa, busca-se contribuir para a comunidade científica, objetivando o conhecimento do “Serviço Social no atendimento às demandas sociais e de saúde das famílias com recém-nascidos (RN) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).” Além desta contribuição a pesquisa pode beneficiar o próprio serviço dentro do HU/UFSC ao suscitar a reflexão e mudanças dos processos de trabalho que envolvam a temática da pesquisa. Como possíveis riscos da pesquisa, o participante pode se sentir constrangido para responder às questões. Com relação aos riscos ou desconfortos durante a entrevista podem estar relacionados com os assuntos que podem emergir no momento das perguntas e respostas ao provocar emoções nas/nos entrevistados/as a assuntos que estavam guardados. Ciente de que a pesquisa possui algum risco, a pesquisadora responsável estará atenta aos sinais emocionais dos participantes da pesquisa e compromete-se a não prosseguir com a entrevista. É garantida a indenização, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Para os participantes que responderem as perguntas da entrevista e depois se sentirem em situação de dano, a indenização será paga quando comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. A pesquisadora responsável garante o sigilo e a privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. Caso por algum motivo haja a quebra do sigilo e privacidade será garantida indenização aos participantes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. A entrevista com o familiar será realizada na instituição, onde o paciente se encontra internado e acompanhado de seu familiar. Com relação a formas de ressarcimento, esclarecemos que não haverá qualquer tipo de despesa por parte dos participantes de pesquisa e dela decorrentes. Caso haja algum tipo de despesa por parte do participante será garantido o ressarcimento dos custos por parte da pesquisadora.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de atendimento. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Os resultados e sua participação permanecerão confidenciais, uma vez que os registros escritos e gravados

permanecerão arquivados na sala da orientadora da pesquisa, no Departamento de Serviço Social da UFSC, e que não se fará referência à identidade dos três (3) participantes no trabalho. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os responsáveis pela pesquisa se comprometem a seguir e cumprir com todas as determinações da Resolução CNS 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O seguinte termo será impresso em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante de pesquisa ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s). Em ambas as vias constam o endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa, pelos participantes da pesquisa e do CEP local. Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Em caso de dúvida em relação ao projeto e pesquisa, poderá entrar em contato com a responsável principal: Clara Sarmiento de Oliveira. Rua: Av Mauro Ramos, no. 1754, Centro – Florianópolis/SC. Email: sarmientoclaral@gmail.com. Telefone: (11) 9 6314-3196. Também poderá entrar em contato com a orientadora: Prof. Dra. Michelly Laurita Wiese, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 3721-3818, e-mail: michelly.wiese@ufsc.br. Segue também o endereço do CEP- Prédio Reitoria 2 (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222- Sala 701. Trindade- Florianópolis. CEP: 88040-400. Contato: 48 3721 6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Ao aceitar participar, você deve assinar esse termo de consentimento, juntamente com a pesquisadora, termo do qual você terá uma via.

Agradeço por sua atenção.

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago 12

de Abril de 2024

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura da Pesquisadora Data

## **APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Como vocês tem se organizado para os cuidados do recém-nascido?
2. Quais são as principais dificuldades que vocês têm encontrado no processo de internação do recém-nascido?
3. Como vocês tem se organizado com:
  - a) os cuidados da casa?
  - b) outros filhos/as que não estão internados/as?
  - c) com o trabalho?
4. O quão importante para vocês é uma rede de apoio/família nesse processo?
5. Como você avalia o atendimento realizado pela equipe neonatal?
6. Você pode citar que ações o serviço social tem realizado e tem auxiliado no atendimento das necessidades do seu bebê e da sua família?
7. Como vocês avaliam o atendimento do Serviço Social?
8. Que sugestões vocês indicam para o trabalho da assistente social na UTI Neonatal?
9. Que sugestões indicam para o trabalho da equipe neonatal?
10. O que significa família para você?

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O trabalho do serviço social e as famílias na unidade de terapia intensiva neonatal no HU/UFSC

**Pesquisador:** Michelly Laurita Wiese

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 75597923.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Departamento de Serviço Social

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.569.397

#### Apresentação do Projeto:

O trabalho do serviço social e as famílias na unidade de terapia intensiva neonatal no HU/UFSC

Resumo: O presente projeto de pesquisa tem como tema o trabalho do Serviço Social com as famílias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem como objetivo geral analisar o trabalho do Serviço Social no atendimento as demandas sociais e de saúde das famílias com recém-nascidos internados na UTIN no HU/UFSC. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória com aplicação de entrevistas semiestruturadas com famílias da UTIN, no primeiro semestre de 2024. As entrevistas tratarão de temas como: família, desafios da internação para familiares em hospital, a atuação do Serviço Social na unidade, a importância da rede de apoio entre outros. A partir disso, espera-se que as famílias apresentem suas impressões sobre o serviço na UTIN e que, com isso, a pesquisadora possa refletir sobre quais são os principais desafios na unidade, com foco nas ações realizadas pelo Serviço Social, buscando, assim, pensar em como a equipe pode suprir essas demandas. Depois, esses elementos deverão ser analisados refletindo-se sobre a conjuntura atual e a realidade da saúde pública brasileira.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.569.397

**Objetivo da Pesquisa:**

**3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o trabalho do Serviço Social no atendimento as demandas sociais e de saúde das famílias com recém-nascidos internados na UTIN no HU/UFSC.

**3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar as demandas sociais e de saúde das famílias atendidas pelo Serviço Social na UTIN;  
Verificar qual a percepção que as famílias têm dos atendimentos realizados pela equipe da UTIN;  
Constatar a avaliação que as famílias fazem sobre a ação profissional das assistentes sociais da UTIN;  
Refletir sobre o papel do Serviço Social no processo de internação do recém-nascido para as famílias;  
Constatar as potencialidades e desafios da ação profissional das assistentes sociais no atendimento na UTIN.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Como possíveis riscos da pesquisa, o usuário pode se sentir constrangido para responder as questões. Com relação aos riscos ou desconfortos durante a entrevista podem estar relacionados com os assuntos que podem emergir no momento das perguntas e respostas ao provocar emoções nas/nos entrevistados/as a assuntos que estavam guardados. Ciente de que a pesquisa possui algum risco, a pesquisadora responsável estará atenta aos sinais emocionais dos participantes da pesquisa e compromete-se a não prosseguir com a entrevista.

**Benefícios:** Como benefícios a esta pesquisa, busca-se contribuir para a comunidade científica, objetivando o conhecimento do "Serviço Social no atendimento as demandas sociais e de saúde das famílias com recém-nascidos (RN) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC)." Além desta contribuição a pesquisa pode beneficiar o próprio serviço dentro do HU/UFSC ao suscitar a reflexão e mudanças dos processos de trabalho que envolvam a temática da pesquisa.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 6.569.397

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos de acordo com as solicitações do CEP SH-UFSC.

**Recomendações:**

Retirar a data de (1 de abril de 2024) ao final do TCLE. Esta informação, (local e data) deve ser preenchida no ato da aplicação do TCLE como pontuado no TCLE2.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP SH-UFSC dá ciência das alterações no TCLE e encaminha a pesquisa a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2238949.pdf	06/12/2023 12:02:11		Aceito
Outros	TCLE3.pdf	06/12/2023 12:01:31	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2238949.pdf	05/12/2023 14:47:53		Aceito
Outros	TCLE3.docx	05/12/2023 14:47:10	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Outros	TCLE3.docx	05/12/2023 14:47:10	Michelly Laurita Wiese	Recusado
Outros	CartaCEP_assinado.pdf	28/11/2023 08:35:38	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Outros	TCLE2.pdf	28/11/2023 08:35:11	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projpesquisa.pdf	27/11/2023 18:08:14	CLARA SARMENTO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/11/2023 17:44:39	CLARA SARMENTO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	27/11/2023 17:27:10	CLARA SARMENTO DE OLIVEIRA	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.569.397

Folha de Rosto	folhaRosto_assinado.pdf	08/11/2023 16:37:27	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Outros	Roteiroentrev.pdf	08/11/2023 16:21:03	Michelly Laurita Wiese	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Dezembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Luciana C Antunes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br