



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

SABRINA NEVES DE MENEZES

**O SERVIÇO SOCIAL NA UTI NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A
PARTIR DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Florianópolis

2024

SABRINA NEVES DE MENEZES

**O SERVIÇO SOCIAL NA UTI NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A
PARTIR DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Michelly Laurita Wiese

Data da aprovação: 03 de dezembro de 2024

Banca examinadora:

Profa. Dra. Michelly Laurita Wiese

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Msc. Maria do Rosário de Lima Oliveira

Universidade Federal de Santa Catarina

Msc. Adriane Denise Fonseca Lopes

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Msc. Judizeli Baigorria

Suplente

Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Menezes, Sabrina Neves de

O Serviço Social na UTI Neonatal : Um relato de experiência a partir da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde / Sabrina Neves de Menezes ; orientadora, Michelly Laurita Wiese, 2024.

30 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Ações profissionais. 3. UTI Neonatal. 4. Integralidade. I. Wiese, Michelly Laurita. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. III. Título.

O SERVIÇO SOCIAL NA UTI NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Sabrina Neves de Menezes

Resumo: O presente Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) trata-se de um relato de experiência a partir da atuação profissional da assistente social residente de Serviço Social na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UTI Neonatal) do Hospital Universitário PolydoroErnani de São Thiago (HU/UFSC/EBSERH). Neste sentido, busca-se evidenciar o trabalho da/oassistente social junto às gestantes, puérperas, suas famílias e demais membros da rede de apoio, ao longo da internação hospitalar, na articulação com a equipe da unidade e também, com os demais serviços da rede intersetorial. A vivência diária da residente na unidade e a sistematização do seu trabalho, permitiram refletir sobre os desafios cotidianos para o Serviço Social na unidade, e, apresentar as potencialidades no trabalho realizado, em consonância com a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Serviço Social; UTI Neonatal; Ações profissionais; Integralidade.

Abstract: This Residency Completion Work (TCR) is an experience report based on the professional performance of the Social Work resident social worker in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of the Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital (HU /UFSC/EBSERH). In this sense, we seek to highlight the work of the social worker with pregnant women, postpartum women, their families and other members of the support network, throughout the hospital stay, in coordination with the unit team and also with other services of the intersectoral network. The resident's daily experience in the unit and the systematization of their work allowed reflecting on the daily challenges for Social Service in the unit, and presenting the potential in the work carried out, in line with the integrality of care.

Keywords: Social Work; Neonatal Intensive Care Unit; Professional actions; Integrality.

1 INTRODUÇÃO

O arcabouço científico do Serviço Social é alimentado pela pesquisa, visto que o assistente social é um profissional que intervém na dinâmica das relações sociais de forma crítica e criativa, o que pressupõe estudos e compreensão da realidade e dos espaços sócio-ocupacionais em que se insere, para então qualificar as suas intervenções.

Há que se considerar que as pesquisas em Serviço Social têm contribuído para avanços significativos em diferentes campos da ação profissional, no âmbito das políticas públicas, no enfrentamento das expressões da questão social em diferentes momentos históricos, na construção da proposta curricular e definição dos seus fundamentos teóricos e metodológicos, na consolidação do projeto ético-político profissional, entre outros aspectos. (Bourguignon, 2007, p. 47)

Desta forma, realizar pesquisas relacionadas à realidade de atuação e objetivos de intervenção da profissão para além do âmbito estritamente acadêmico, ainda que seja um desafio para assistentes sociais, dados os limites institucionais em que estão inseridos (Bourguignon, 2007), diz respeito, ao compromisso profissional que o Serviço Social adota em ser investigativo, crítico e propositivo, avançando nos debates acerca do seu principal objeto de intervenção: a Questão Social¹.

Além de objeto profissional, parte-se da questão social também enquanto justificativa da constituição do espaço do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho e na construção/atribuição da identidade da profissão” (Yazbek, 2009, p. 129). De modo que, estas expressões são produzidas pelo próprio sistema capitalista enquanto inerentes a ele, ao passo em que as formas de enfrentá-la, também são produzidas no limite deste mesmo sistema, como uma forma de validá-lo, frente às lutas da classe trabalhadora por respostas do Estado para condições de vida mais dignas.

Nesta direção, o artigo tem como objetivo evidenciar o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no espaço sócio-ocupacional da UTI Neonatal, a partir da experiência em um locus privilegiado para formação e pesquisa: o Programa de Residência Integrada

¹Segundo Yamamoto (2018, p. 72), as expressões da Questão Social “condensam múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, mobilidades espaciais, formações regionais e disputas ambientais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. Dispondo de uma dimensão estrutural - enraizada na produção social contraposta à apropriação privada do trabalho -, a questão social atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania, no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos.”

Multiprofissional em Saúde (RIMS)² no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC/EBSERH), instituição pública de alta complexidade, local onde as contradições dos processos de produção e reprodução de saúde são latentes. Esta mesma instituição integra o sistema de referenciamento em saúde no Estado de Santa Catarina, fornecendo acompanhamento de gestações consideradas de alto risco e em Núcleo de Medicina Fetal, com capacidade, portanto, para receber demandas de média e alta complexidade, neste período particular da vida de mulheres e famílias.

Durante os meses de março a novembro do ano de 2024, a autora esteve imersa na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UTI Neonatal) e as vivências cotidianas que serviram de base para este estudo descritivo, foram registradas em instrumento “Diário de Campo” e planilha *Excel* para sistematização de dados das famílias atendidas e intervenções realizadas, além de observações durante a participação em eventos organizados pelo hospital, reuniões de equipe multiprofissional e encontros semanais com a assistente social referência da unidade para supervisão de residentes e estagiárias.

Neste espaço, observou-se a predominância do saber “médico-centrado”, trazendo para para o Serviço Social “o desafio em dar visibilidade ao seu trabalho, demonstrando o potencialde sua formação para os demais membros da equipe de saúde (e usuários), deixando claro quais são as suas atribuições e competências nessa área (...)”. Um outro desafio identificado, também diz respeito ao contexto social e institucional permeado por elementos da “ultrageralização, do pragmatismo, do imediatismo da superficialidade e da heterogeneidade” (Barroco, 2010, p. 09), tão caros às demandas que se apresentam e as condições institucionais e via políticas públicas disponíveis para fornecer respostas qualificadas à elas.

Ademais, diante compromisso ético com um projeto profissional “vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (Cfess, 1993, p. 23), mostra-se também imprescindível socializar alguns questionamentos, que também inquietaram a trajetória profissional desta pesquisadora: *quais*

²Instituída pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Segundo Art. 1º da Portaria Interministerial nº7, de 16 de setembro de 2021: “A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva.” No HU/UFSC, o mencionado programa funciona desde 2011, com vagas nas áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

ações institucionais estão sendo pensadas para uma divisão mais igualitária do cuidado, que garanta a permanência dos homens ou de outra figura de cuidado/rede de apoio em maior tempo possível? Até que ponto as equipes, trazendo também a responsabilidade para o Serviço Social, não reproduzem discursos e práticas que colocam apenas as mulheres nesta centralidade? Para além das instituições, quais políticas estão sendo pensadas para que o cenário seja outro?

Ainda que estas discussões não sejam o foco do presente artigo, não é possível deixá-las de lado, diante da realidade observada e vivenciada através de relatos de diferentes mulheres atendidas na UTI Neonatal e nos leitos de gestações de alto risco. Afinal, pensar a atuação profissional das/os assistentes sociais neste espaço sócio-ocupacional, é também refletir sobre a organização social da família na contemporaneidade e como o Serviço Social se posiciona diante dessa realidade e das demandas colocadas pelos outros membros das equipes multiprofissionais para estas profissionais.

Deste modo, o artigo é permeado pelo pressuposto de que, garantir um cuidado integral aos bebês, foco prioritário de cuidados intensivos por profissionais do corpo clínico da UTI Neonatal, não é possível sem um olhar às famílias e as suas reais condições de vida. E, no cotidiano da unidade, o gênero e os papéis sociais imbuídos a ele, ganham destaque: entre as famílias acompanhadas pelo Serviço Social, um expressivo número de mulheres relatou coordenar a dinâmica dos lares e a rotina/cuidado de outros familiares. Tudo isso em um contexto particular de internação delas e/ou e de seus bebês recém-nascidos, envolvendo cuidados mais complexos e invasivos em saúde, além da recuperação física e emocional do parto e a vivência do puerpério, sendo esta, uma fase de extremas mudanças hormonais, que afetam de forma subjetiva e objetiva seus corpos e suas relações sociais.

A partir dos apontamentos apresentados, afirma-se que assistentes sociais, enquanto profissionais com capacidade técnica adquirida por formação técnico-científica, respaldados pelo seu projeto ético-político³ historicamente construído e comprometido com o horizonte de uma sociedade mais justa e igualitária, são qualificados para evidenciar nas equipes

³Este projeto é composto pelo Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662 de 1993) e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996). Mais do que instrumentos normativos, estes elementos direcionam as ações profissionais a um horizonte, finalidades e meios pautados na crítica radical à sociedade capitalista e toda desigualdade, opressão e exploração e dominação de classe, etnia e gênero que ela produz e reproduz, além da construção de processos que fogem ao pragmatismo, ao conservadorismo e a neutralidade, alicerçando assim, projeto profissional e projeto de uma nova ordem societária (Barroco; Terra, 2012).

multiprofissionais às diferentes dimensões da questão social que se apresentam no processo saúde-doença, articulando recursos institucionais e junto às demais políticas setoriais para atuarem sobre elas em uma perspectiva de integralidade do cuidado (Cfess, 2010). Coloca-se, portanto, o compromisso de fomentar a reflexão crítica sobre *o que fazemos, como fazemos e porque fazemos*.

Por fim, este trabalho de conclusão de residência está organizado da seguinte forma: uma seção apresentando de forma breve o Hospital Universitário e a Maternidade, objetivando uma aproximação com o espaço sócio-ocupacional abordado, seguido de uma outra seção, onde está o relato de experiência propriamente dito, estabelecendo um diálogo entre as ações realizadas pelo Serviço Social na UTI Neonatal e as demandas trazidas pelas equipes, e, por último, são apresentadas as conclusões finais.

2 MATERNIDADE HU/UFSC: BREVE APRESENTAÇÃO

O Hospital Universitário em questão, que recebe o nome de seu fundador, professor Polydoro Ernani de São Thiago, fica localizado no bairro Trindade na cidade de Florianópolis/SC. Foi inaugurado em 1980, e desde então atende exclusivamente usuários da rede pública pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para diversos municípios do estado. Em 2016, a instituição passou a ser gerida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa de natureza privada com caráter público. Deste modo, convivem neste espaço profissionais em regime trabalhista estatutário e outros, em regime celetista, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A Maternidade do HU foi inaugurada em 1995 e atualmente é composta pelas unidades: Emergência Ginecológica e Obstétrica e Internação Ginecológica (ambas com uma assistente social de referência), Centro Obstétrico (atendimento do Serviço Social apenas sob demanda), Alojamento Conjunto (com duas assistentes sociais de referência), Unidade de Terapia Intensiva (UTI Neonatal), com uma assistente social de referência e a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno, composta por enfermeiras especializadas.

Também fazem parte deste espaço, os acompanhamentos de pré-natal nos ambulatórios de gestações consideradas de Alto Risco e Medicina Fetal⁴. As gestantes são encaminhadas

⁴A sistematização da autora permitiu identificar gestantes residentes nos seguintes municípios de Santa Catarina, além de Florianópolis: Palhoça, São José, Águas Mornas, Alfredo Wagner, Biguaçu, São João Batista, Tijucas,

quando, no pré-natal junto à Atenção Primária, é identificada alguma comorbidade prévia ou adquirida, necessitando então, de acompanhamento especializado para melhor desenvolvimento do feto, com o objetivo de prevenir ou tratar condições que possam vir a comprometer a saúde da gestante e/ou do bebê.

Destaca-se que a Maternidade é acreditada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “Hospital Amigo da Criança”, além de ser um Centro Nacional do Método Canguru, com profissionais habilitados como tutores pelo Ministério da Saúde. Iniciativas como esta subsidiam os serviços para mudanças de práticas e rotinas, objetivando um cuidado mais integral e humanizado. Como exemplos, há organização da estrutura física de modo que permita a permanência em tempo integral, lado a lado, entre puérperas e bebês na unidade Alojamento Conjunto, além da constituição de equipe técnica especializada para estímulo e suporte no aleitamento materno exclusivo, bem como divulgação e capacitação destas práticas para todos os membros das equipes.

Ademais, este espaço é organizado por diversas outras publicações teórico-normativas, redigidas com base em estudos e evidências científicas, no intuito de qualificar práticas de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e à primeira infância. Destacam-se: Rede Alyne, lançada pela Portaria GM/MS Nº 5.350 de 12 de setembro de 2024⁵ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) de 2015. Em comum, ambas ressaltam a importância dos cuidados na gestação e primeira infância, desde o acompanhamento pré-natal, quando constatada uma gestação de risco, seguindo até a alta do recém-nascido da unidade hospitalar, quando o cuidado passa a ser compartilhado com serviços da Atenção Primária à Saúde.

A UTI Neonatal do HU seguindo as diretrizes da Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012, é dividida em: 8 (oito) leitos (sendo um de isolamento) na Unidade de Terapia

Tubarão, Pinhalzinho, Caçador, Santo Amaro da Imperatriz, Garopaba, Capinzal, Fraiburgo, Sombrio, Araranguá, Salto Veloso e Passos de Torres.

⁵Esta nova proposta recebe o nome de Alyne Pimentel, mulher negra, gestante de 6 meses, falecida junto ao seu bebê no ano de 2002 no estado do Rio de Janeiro, em decorrência de falhas na assistência obstétrica, desde a não realização de exames mais completos, até a longa espera por uma ambulância para sua transferência entre unidades hospitalares. Mais de 20 anos depois, esta nova rede se propõe a consolidar um modelo de atenção integral ao pré-natal, parto e puerpério, que vinha sendo colocado pela Rede Cegonha desde 2011 e vigente até então. Buscando fortalecer o protagonismo da mulher e a assistência adequada em todos os pontos da rede de atendimento, essa rede traz a previsão de novas ambulâncias especializadas para transporte de gestantes e bebês, além de mais recursos para ambulatórios de acompanhamento de gestações de alto risco, bem como investimentos para UTI obstétrica e neonatal, bancos de leite, novas Maternidades e Centros de Parto Normal.

Intensiva Neonatal (UTIN), que recebe bebês com maior risco, necessitando de cuidados intensivos; 5 (cinco) leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCO), que recebe bebês considerados de médio risco, demandando assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN, e, por fim, 5 (cinco) leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA), onde o bebê permanece de maneira contínua com a puérpera, até o momento de alta hospitalar. Também faz parte desta estrutura, uma sala para atendimentos ambulatoriais, aonde alguns bebês retornam após a alta hospitalar (geralmente, até atingirem o peso de 2,5kg) (Brasil, 2017) para acompanhamento com a equipe na chamada “Terceira Etapa”, compartilhada com a Atenção Primária em Saúde.

Neste espaço, o trabalho da equipe multiprofissional é também orientado pelo documento “Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru”, que está em sua 3ª edição, lançado em 2017. Este, configura-se como um modelo de atenção perinatal, pautado na singularidade e integralidade de cada recém-nascido e sua família, sejam eles de baixo peso ou que por outro motivo, necessitem de internação em UTI Neonatal. Traz, portanto, um olhar ampliado para o processo de saúde, considerando os fatores biopsicossociais que o perpassa.

A efetivação do método não se resume após o nascimento, sendo previsto o seu início tão logo no pré-natal, quando identificada uma gestação de Alto Risco, com indicativos de permanência do futuro bebê em UTI Neonatal, e estende-se até após a alta hospitalar, em um cuidado compartilhado com a Atenção Básica e com demais pontos de atenção especializada à saúde.

No extenso documento, entre práticas direcionadas à todos os membros das equipes multiprofissionais (enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), cabe destacar-se o Módulo 3, denominado “Método Canguru e os cuidados sociais na unidade neonatal”, onde estão sistematizando discussões sobre a importância da rede de apoio familiar e/ou institucional.

No contexto da saúde perinatal, diante de uma situação de riscos, é fundamental conhecer os recursos pessoais e institucionais de que a criança e a família dispõem e de como esses recursos podem interferir no enfrentamento e na superação desta situação, além de servirem como fatores de proteção para o desenvolvimento dessas crianças. (Brasil, 2017, p. 116).

Ao longo do período vivenciado, observou-se a categoria “rede de apoio”, de fato, comocentral na unidade, sendo o Serviço Social acionado pelas equipes para mobilizá-la

junto às gestantes e puérperas. Estas discussões serão aprofundadas no próximo subtítulo.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA UTI NEONATAL: DIÁLOGOS COM O COTIDIANO DA UNIDADE

3.1 AÇÕES DIRETAS COM AS GESTANTES, PUÉRPERAS, SUAS FAMÍLIAS E/OU REDE DE APOIO

Na Maternidade, uma importante característica a ser destacada é o período de internação, que costuma variar entre 36 e 48 horas, a depender da via de parto. Este tempo prolonga-se por dias ou meses, conforme condição clínica da gestante ou puérpera e do bebê, se a internação foi em leito de alto risco ainda enquanto gestante e se o bebê necessita de algum cuidado na UTI Neonatal.

O Serviço Social deste espaço estabeleceu que gestantes internadas nas unidades Alojamento Conjunto⁶ e Internação Ginecológica em uma gestação considerada de alto risco e com maior possibilidade de permanência do/a recém-nascido na UTI Neonatal⁷, ficariam sob responsabilidade da assistente social de referência da unidade e a residente. Deste modo, todas as famílias que estão com bebês internados na mencionada unidade, são acompanhadas pelo Serviço Social, diferente de outras unidades dentro da Maternidade, com maior número de leitos, onde são elencadas prioridades para atendimento.

A rotina de atendimentos do Serviço Social na UTI Neonatal é orientada a partir do Procedimento Operacional Padrão (POP.UAP.SSO.040), com última versão revisada em 2020. Logo em sua primeira página, o objetivo posto é:

Atender e acompanhar os familiares de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com base na Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Baixo Peso - Método Canguru, articular e encaminhar aos recursos disponíveis na rede de proteção social.

⁶Segundo o Artigo 12º da Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, esta unidade configura-se enquanto: “local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta”. No HU/UFSC, gestações de Alto Risco, quando há necessidade de internação, também ficam sob responsabilidade desta unidade e seus profissionais.

⁷A sistematização organizada pela autora, em planilha *Excel*, demonstra as seguintes condições, entre gestantes e bebês atendidos no período da pesquisa: Diabetes gestacional, prematuridade (nascimentos abaixo de 34 semanas), eclâmpsia, pré-eclâmpsia, desconforto respiratório, Síndrome de Help, Osteogênese Imperfeita, Síndrome de Patau, Síndrome de Edwards, Síndrome de Turner, Trissomia do 21, abortos e óbitos fetais prévios, diferentes tipos de Cardiopatia, gemelaridade, Hidropsia Fetal, Mielomeningocele, oligodrânio, polidrânio e Gastrosquize.

Este mesmo documento também traz uma série de “Ações e procedimentos específicos da/o assistente social” a serem realizadas na UTI Neonatal. A realidade experienciada permitiu observar que este documento não se configura como um “manual” e não se finda em si mesmo, dada a dinâmica da instituição e do movimento político e social mais amplo, que por vezes, colocam para o Serviço Social novas demandas e desafios. Além disso, em internações mais longas, diferentes demandas surgem ao longo do processo, afinal, ao mesmo tempo que o quadro clínico dos bebês estão em constante alteração, as dinâmicas e organizações familiares também estão.

O mencionado POP também preconiza um “estudo social”, realizado através da “entrevista social” com famílias de bebês internados na unidade. Antes de adentrar sobre este instrumento, base para o trabalho na unidade, considera-se necessário pontuar, ainda que de forma breve, sobre o *acolhimento*. Em linhas gerais, este elemento aparece enquanto uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, pressupondo a escuta qualificada frente às necessidades trazidas pelas/os usuárias/os e a importância da criação de vínculos com os serviços e profissionais (Pnh, 2003).

Já Chupel e Miotto (2010) discorrem acerca de uma diversidade de direções dadas ao acolhimento no campo da saúde, não restritas aos profissionais do Serviço Social. Inclusive, destacam que na PNH, o acolhimento toma o sentido de “classificação de risco” (p. 50), identificando prioridades para o atendimento. Na UTI Neonatal, são constantes os debates sobre acolhimento, direcionados às posturas consideradas inadequadas por diferentes profissionais para com as puérperas, demais familiares e membros da rede de apoio.

Faermann (2014)⁸ ao discutir sobre a processualidade na entrevista social, destaca o acolhimento enquanto parte integrante deste instrumento, mas também, de suma importância nos momentos que a antecedem. Nesta direção, é consenso entre as assistentes sociais da unidade, que o primeiro contato com as gestantes, puérperas, suas famílias e rede de apoio, não

⁸Este mesmo autor vai trazer o espaço físico enquanto elemento essencial para o acolhimento. Ainda que a Resolução nº 493 de 21 de agosto de 2006 do Conselho Federal do Serviço Social esclareça elementos essenciais para o espaço físico de atendimento, não há organização institucional para tal. A única sala do Serviço Social na Maternidade, é fisicamente pequena, possui apenas três (3) computadores, e, atualmente, é dividida entre cerca de oito (8) pessoas (entre residentes, estagiárias e assistentes sociais vinculadas ao hospital). Ainda que por diversas vezes a sala seja utilizada, os atendimentos são realizados, em sua maioria, em leitos hospitalares, compartilhados com outras gestantes, puérperas e seus acompanhantes. Também não há organização institucional no que diz respeito ao sigilo das informações das/os usuárias/os; o registro dos atendimentos é realizado em prontuário eletrônico, de acesso a todos os profissionais, para além de assistentes sociais. Não há outro sistema ou espaço dentro do existente para guardar sigilo das informações.

deve ser logo após o parto, dada sua condição física, emocional e envolvimento em rotinas de duas unidades diferentes, já que o bebê não está junto a ela e sua/seu acompanhante.

A partir desse reconhecimento, considera-se que no cotidiano, o acolhimento acontece ao pensar no “melhor horário” para ir nos leitos, observando tempo de recuperação pós-parto, quantidade de outros profissionais que já abordaram aquela gestante ou puérpera; quando em leito, sempre chamar as pessoas pelos nomes, se apresentar, informar sobre o trabalho realizado e os objetivos do Serviço Social naquele espaço, e por fim, mas não menos importante: perguntar se há disponibilidade para o atendimento, se deseja em outro momento ou, se prefere que o atendimento aconteça fora do leito, em sala do Serviço Social.

Considerando as internações mais longas, a “entrevista social”, pode então ser realizada quando as mulheres ainda estão internadas, ou, quando já receberam alta e estão retornando ao hospital para estar junto aos bebês. Não há um modelo fechado deste instrumento, mas em geral, o atendimento visa conhecer a composição familiar, condições de trabalho, acessos ou não à serviços e/ou benefícios socioassistenciais, o acompanhamento pré-natal da gestante ou puérpera, observando o vínculo com a Atenção Primária. É, portanto, através da entrevista social que buscamos identificar as diferentes expressões da questão social que perpassam as famílias, que podem ser trazidas pelas famílias ao longo do atendimento, para além dos pontos elencados.

Outras questões também são abordadas ao longo da entrevista social ou de outros momentos, a depender da demanda, como em situações que envolvem gestantes ou puérperas com relato de uso de substâncias psicoativas, entrega legal para adoção, violência doméstica, entre outras, com POPs específicos para tal.

A experiência vivenciada demonstrou que o *planejamento* também se constitui enquanto elemento indispensável na rotina do Serviço Social. No período da manhã, as assistentes sociais da maternidade realizam o que ficou conhecido como “passagem de plantão”, momento no qual dialogam sobre as pacientes internadas nas diferentes unidades. Além disso, antes dos atendimentos, é feita uma busca em prontuário eletrônico sobre os motivos da internação, diálogo com demais profissionais da equipe e, quando avaliada a necessidade, são realizados contatos prévios com outras instituições.

Considera-se que estas ações possuem suma importância enquanto compromisso para ir além da aparência das situações, objetivando “transpor o caráter emergencial e burocrático” (Cfess, 2010, p. 43) que por vezes permeia a dinâmica institucional e do próprio Serviço Social

inserido nela, dada condição de trabalhadoras assalariadas⁹. Tanto as ações finais, “executoras”, quanto o planejamento, são mediados por uma série de conhecimentos adquiridos pelas assistentes sociais, e necessitam de um processo constante de atualização, dada dinâmica da realidade:

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, no cenário internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (Cfess, 2010, p. 35).

Outras ações previstas no POP do Serviço Social na unidade e no Manual do Método Canguru, dizem respeito ao fortalecimento da rede de apoio da gestante e puérpera. Corrobora-se com Mioto (2010), ao destacar que as famílias desempenham seus papéis protetivos na medida em que também recebem proteção do Estado, através de políticas públicas que lhes garantam o acesso à direitos. Deste modo, para além do entendimento das dinâmicas familiares e, quando possível, seu acionamento, ou acionamento da rede de apoio comunitária (vizinhas/os, amigas/os, entre outros) também considera-se a rede de apoio institucional enquanto indispensável para um cuidado de fato das famílias.

Na política de saúde, as expressões da questão social - desemprego, insegurança alimentar, falta de moradia, entre outras - dialogam com o conceito de Determinação Social da Saúde, em sua relação com questões estruturais e estruturantes da sociedade brasileira, conforme já mencionado neste trabalho. Em linhas gerais, não se trata de uma relação de causalidade entre “fatores sociais” e individuais e dados epidemiológicos sobre a condição de saúde da população. Para este conceito, considera-se a saúde no campo mais amplo das relações sociais, de modo a evidenciar os determinantes estruturais, políticos e econômicos dessa sociedade de desigualdades historicamente produzidas, bem como a organização estatal para garantia do acesso da população aos serviços públicos (Wiese, 2020).

Desse modo, a saúde não é centrada apenas no campo da “doença”, alvo de intervenções puramente pautadas em modelos biomédicos e em instituições de grande complexidade, como

⁹Em recente discussão sobre condições de trabalho das/os assistentes sociais, indica-se a leitura do artigo “Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempo de capital fetiche” da autora Marilda Yamamoto, presente no livro A nova morfologia do trabalho no Serviço Social, lançado em 2018 pela editora Cortez.

os hospitais; ela é também um bem-estar biopsicossocial, o que coloca em evidência as condições de acesso à moradia, trabalho, renda e acesso às demais políticas sociais neste processo. No Brasil, o conceito ampliado de saúde está presente na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990), importantes bases para organização de serviços públicos dentro do SUS. Ainda, no campo da intersetorialidade, também colocada nestes documentos, faz-se necessário o fortalecimento das demais políticas sociais como Previdência Social, Assistência Social, Habitação, Educação, entre outras, que devem trabalhar em articulação para um cuidado integral das/os usuárias/os.

Estes apontamentos, somados ao maior tempo de internação dos bebês, permitiu que o trabalho junto às famílias ultrapassasse o campo das prestação de informações e orientações¹⁰, de forma verbal ou escrita no momento da entrevista social ou logo após a ela, considerando uma alta hospitalar breve, para então, ser acompanhado de forma mais próxima e sistemática, sendo o acesso à benefícios e serviços das demais políticas intersetoriais, novamente mediado pelas assistentes sociais da unidade, com novas orientações e articulações realizadas, caso necessário.

No cotidiano, são constantes os contatos e discussões sobre as situações atendidas através de telefone e/ou e-mail, com serviços de diferentes políticas, fornecendo um encaminhamento mais direcionado das gestantes, puérperas e/ou famílias. Os contatos mais frequentes foram com os serviços: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Centros ou Unidades Básicas de Saúde, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, escolas e creches.

Também nos momentos de alta hospitalar dos bebês, previamente discutidos com a equipe da UTI Neonatal, foram articulados acesso à oxigenoterapia domiciliar (em situações de condições respiratórias), fórmulas infantis para complemento ao leite materno ou quando não é possível amamentar, além de demais insumos para alimentação, como sondas e bombas de infusão, e acesso à medicamentos quando não disponibilizados pelo SUS, por exemplo. A

¹⁰Sistematizações em Diário de Campo e planilha Excel da autora deste artigo demonstram que o maior número de orientações é relacionada ao: acesso a salário e licença maternidade via INSS ou diretamente junto à empresa, quando possuem vínculo CLT, além da prorrogação destes benefícios, devido a internação prolongada; documentos para confecção da certidão de nascimento dos bebês; serviços e benefícios dentro da Política de Assistência Social e ofertados no CRAS; acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).

equipe médica organiza as prescrições do que for necessário, orienta as famílias, e aciona o Serviço Social para articular o fornecimento via política pública de cada município. Relatórios e laudos também são fornecidos por esta mesma equipe, sob solicitação do Serviço Social ou das famílias, para acesso dos bebês a atendimentos em serviços especializados ou acesso a benefícios sociais decorrentes de sua condição de saúde.

O cuidado compartilhado com a Atenção Primária em Saúde, conforme preconizado pelo Método Canguru, também fica, em boa medida, sob responsabilidade do Serviço Social. Após a alta hospitalar, ou antes mesmo dela, são realizados contatos telefônicos ou por e-mail com o Centro ou Unidade Básica de Saúde da família, buscando equipe de referência da mesma, informando sobre internação e alta dos bebês, bem como solicitação de insumos para continuidade dos cuidados em casa, mediante prescrições fornecidas pela equipe médica.

O contato com os serviços para conhecimento de fluxos e protocolos de solicitações e acesso à direitos, nem sempre é imediato ou facilitado. Não raro, deparamos com serviços funcionando com o quantitativo de profissionais abaixo da equipe mínima, sem acesso à telefone ou internet ou, com a demora no atendimento de ligações ou na resposta de e-mails. Além disso, alguns municípios não possuem programas de fórmulas infantis, por exemplo; ao contrário de Florianópolis, que conta com um programa estruturado, outros municípios fornecem apenas um “auxílio” temporário, onde a família precisará se deslocar e passar por processos de avaliação e análise para garantir a alimentação de seus bebês. Em outras localidades, o acesso é apenas via judicial. Cabe ao assistente social, seguir diálogo com a equipe da UTI Neonatal, com os familiares de demais instâncias da rede intersetorial, para que a continuidade dos cuidados em domicílio sejam garantidos via políticas públicas.

Em um contexto de redução da responsabilidade estatal na organização das políticas e seus serviços correspondentes, não são incomuns as situações em que as famílias atendidas na UTI Neonatal recorram a compra de serviços privados e/ ou ao Terceiro Setor. Também foi possível notar diferentes momentos em que as gestantes, puérperas, suas famílias e rede de apoio, recorreram a outros membros familiares para aquisição de insumos para sua subsistência diária e para continuidade de cuidados dos bebês em domicílio.

Essa perspectiva familista, onde a família assume locais de ausência do Estado, sendo majoritariamente responsável pelo bem-estar de seus membros (Mioto 2004; 2010), pôde ser identificada na saúde, e nas demais políticas intersetoriais acionadas pelas assistentes sociais,

como nas situações em que as famílias reorganizam toda a sua rotina, diante da falta de vagas em período integral em escolas e creches públicas para os outros filhos.

Ainda no campo das orientações e articulações, cabe destacar o trabalho do Serviço Social em situações de transferências. Comumente, bebês com alguma condição que necessita de intervenção cirúrgica, são transferidos para outros hospitais do estado. Estes trâmites são organizados pela equipe médica e de enfermagem, sem agendamento, exigindo uma prontidão dos responsáveis no HU para acompanhar os bebês. Nessas situações, as famílias buscam o Serviço Social com dúvidas sobre rotinas e locais para permanência na nova cidade de destino. Questões “operacionais” por vezes também recaem a estas profissionais, como organização de transporte para o outro responsável junto a Secretarias de Saúde de seu município de origem, uma vez que junto ao bebê, é permitido apenas um acompanhante.

A intervenção do Serviço Social também aconteceu em situações de óbito neonatal, ocorridos em bebês nascidos vivos e falecidos com menos de 28 dias de vida. Nestas situações, atém-se a buscar um familiar e/ou outro acompanhante que esteja junto à puérpera e abordar apenas questões relevantes para orientações quanto aos trâmites funerários e internos do HU e possíveis benefícios previdenciários e benefícios eventuais organizados pela Política de Assistência Social.

Não é incomum, neste momento de extrema vulnerabilidade emocional, ocorrerem atravessamentos internos que burocratizam o processo. Preenchimento incompleto ou incorreto da Declaração de Óbito pela equipe médica, por exemplo, pode gerar transtornos para as famílias, com a não emissão de documentos necessários em outros serviços para liberação do corpo do bebê. Ainda que não seja atribuição privativa do Serviço Social, é realizada conferência do mencionado documento junto ao setor responsável, antes que o mesmo chegue à família. Além disso, contatos prévios com Secretarias e Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) de diferentes municípios do Estado de Santa Catarina são realizados, a fim de conhecer os trâmites para acesso ao auxílio funeral, caso a família necessite.

3.2 DESAFIOS NO TRABALHO JUNTO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

As assistentes sociais da unidade também atuam diariamente na articulação com demais profissionais das unidades de internação. Nos atendimentos do Serviço Social, frequentemente chegam dúvidas quanto ao quadro de saúde, motivos da internação e de seu prolongamento,

funcionamento e rotinas do hospital. Demandas que expressam a necessidade de flexibilização de normas e rotinas institucionais para que os responsáveis e outros familiares permaneçam na unidade, também estiveram presentes.

Mais do que a mediar as relações com demais membros das equipes, solicitando que dúvidas sejam sanadas ou buscando compreender melhor prognósticos, motivos da internação e necessidades pós alta hospitalar, e de um trabalho socioeducativo junto às gestantes, puérperas, famílias e rede de apoio de informar, orientar e refletir sobre normas, rotinas, serviços e direitos, consideram-se também estas ações em seu conteúdo ético-político, objetivando a interdisciplinaridade e a “plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida” (Cfess, 2010, p. 45).

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (Cfess, 2010, p. 55)

Ainda no campo das ações socioeducativas, os *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde* trazem importantes apontamentos quanto a prática reflexiva em grupos, de modo que os usuários possam refletir sobre a sua realidade de forma crítica e contextualizada, e assim, participar de forma ativa do processo de mudança (Cfess, 2010). Não se tratam de processos individuais e no campo da culpabilização pela sua condição, nem de estratégias de enfrentamento nesse sentido, mas sim, de se reconhecer enquanto ser social, parte de um coletivo e de uma sociedade, e de colocar-se também enquanto agente de voz para mudanças.

No contexto da Maternidade, poucas foram as ações conhecidas nesse sentido. Na UTI Neonatal, existe um “grupo de famílias da Neo” que acontece semanalmente, organizado pela psicologia junto à enfermagem do serviço de aleitamento. As assistentes sociais da unidade também estão presentes e, ao longo do período vivenciado, percebeu-se a contribuição do Serviço Social na democratização de informações sobre acesso a benefícios sociais e estrutura institucional, também mobilizando e incentivando que as famílias se coloquem enquanto protagonistas e sujeitos de direitos, cobrando da instituição por melhorias, além de reflexões

críticas no campo da educação em saúde (informando sobre responsabilidades da Atenção Primária e busca pela escolha e autonomia no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Estes grupos, no cotidiano, foram por vezes denominados como “grupo de mães da Neo” e não por acaso, já que são majoritariamente as mulheres que assumem os cuidados dos bebês. Ainda que o convívio diário e estes espaços possibilitem laços de amizade e compartilhamento de experiências, além de efetivo apoio mútuo, são elas que reorganizam suas vidas diante das rotinas, regras e horários do hospital e da unidade (refeições, extração do leite, boletim médico, exames e cuidados mais invasivos, entre outros). Além de serem elas, quem na maior parte do tempo observado, estabelecem diálogo e vínculo com diferentes profissionais, recebendo diariamente notícias boas ou ruins sobre a evolução do quadro de saúde dos bebês.

A estes apontamentos, acrescentam-se outras relevantes discussões. Aparatos legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o manual do Método Canguru, trazem o direito de crianças e adolescentes internadas em unidades hospitalares, a serem acompanhadas por “um dos responsáveis”. Prover condições para esta permanência, com espaços adequados para tal, é posta enquanto responsabilidade institucional, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH) e o Art. 12 do ECA:

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Na UTI Neonatal do HU, a permanência em tempo integral não é uma obrigatoriedade (mas a entrada e saída dos responsáveis é permitida a todo tempo). Diversas mulheres atendidas pelo Serviço Social relataram possuir outros filhos, necessitando de seus cuidados, ou, indicam se adaptar melhor a rotina de permanecer no seu domicílio e organizar os horários para estar no hospital. Há também as que, enquanto trabalhadoras autônomas ou informais, unicamente ou majoritariamente provedoras de seus lares, não possuem disponibilidade para estar na unidade com maior frequência.

Na UTIN e na UCINCO, há apenas cadeiras plásticas e algumas poucas poltronas (doadas pela sociedade civil). Já na UCINCA, desde que o bebê atenda a critérios clínicos e as puérperas possuam desejo e disponibilidade, o espaço é organizado de modo que elas permanecem no leito ao lado dos bebês como acompanhantes de forma integral, realizando os

cuidados mais sistemáticos com os bebês junto às equipes. Para que se ausentem deste espaço, ainda que de forma breve, é necessária articulação prévia com a equipe.

Ademais, o HU dispõe de 3 (três) quartos, com duas ou três camas cada um, nomeado de “hotelzinho”, disponível apenas para mulheres com bebês internados na UTIN ou UCINCO e, em critério de preferência, para mulheres que residem em localidades mais distantes do hospital (sobretudo em outros municípios) e para aquelas que estão amamentando. Apesar do espaço não ser de responsabilidade única do Serviço Social, há um certo “consenso” nas práticas diárias, que estas profissionais tomem a frente de sua organização, sendo frequentemente acionadas pela equipe para consulta de disponibilidade de vagas, encaminhamento das mulheres e manutenção do seu espaço físico. Os encaminhamentos ao “hotelzinho” são realizados por outros profissionais, apenas nos turnos em que não há Serviço Social na instituição.

Para os homens, a estadia no “hotelzinho” não é permitida. Caso possuam disponibilidade e desejo, existe a possibilidade (mediante disponibilidade de vaga) de permanência na casa de uma voluntária nas proximidades do hospital, ou, a depender do município de residência, casas de apoio organizadas por diferentes Prefeituras. Estas articulações, também ficam sob responsabilidade do Serviço Social, bem como a organização com o transporte das Secretarias Municipais de Saúde para retorno aos municípios de residência. O deslocamento diário entre o hospital e essas casas de apoio fica a cargo da família que por vezes encontra dificuldade de sozinha se organizar em um território desconhecido.

Ainda sobre os genitores, há outros dificultadores para sua permanência, tal qual as relações de trabalho estabelecidas. Conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), quando há vínculo com registro em carteira de trabalho, é preconizada uma Licença Paternidade de apenas 5 (cinco) dias corridos a serem contados a partir do nascimento da criança. Para as mulheres, além dos 120 dias previstos na legislação, há possibilidade de prorrogação do tempo, em casos de internações acima de 15 dias delas e/ou dos bebês associadas ao parto e/ou nascimento.

Aos avós e irmãs/ãos dos bebês, é dada apenas a opção de visitação dos bebês na unidade, e demais familiares podem visitar em casos entendidos pela equipe como exceção. Em algumas situações (quando o genitor está completamente ausente, por exemplo) a permanência de outro membro da família ou rede de apoio extensa foi flexibilizada pela equipe da UTI

Neonatal, mas não sem resistências e questionamentos, e sob maioria das vezes, mediante articulação do Serviço Social entre puérpera e equipe.

Notou-se ainda que a permanência ou não no “hotelzinho” ou a “demora” para as puérperas estarem com os bebês na UTI Neonatal, agregava juízo de valor às mulheres, sem que a presença e o compartilhamento de cuidados por parte dos genitores fosse questionado. Não são incomuns as situações em que as mulheres não possuem condições físicas para se locomover poucas horas após o parto ou que tenham intercorrências físicas por não conseguirem o descanso ou suporte necessário.

Observando estas disparidades, além de constantes relatos de exaustão por parte das mulheres, o Serviço Social buscou intervir junto aos genitores, traçando reflexões sobre responsabilidade paterna, bem como incentivando a sua presença e envolvimento nos cuidados dos bebês, com base em ações práticas orientadas pelo Manual do Método Canguru¹¹, além de incentivar e mediar seus vínculos com os profissionais da unidade, de modo que eles também se apropriem do espaço e das informações, enquanto usuários do SUS.

Ainda assim, cabe questionar em que medida os dispositivos teórico-normativos que orientam o trabalho na unidade consideram configurações de famílias diferentes do “pai-mãe-filho/a”. Ou configurações familiares imersas em profundas desigualdades sociais. Quais os ideais de família e de casa/lar, estão imbuídos nestes documentos e que também reverberam nos questionamentos e demandas das equipes quanto a capacidade protetiva das famílias (*digase “mães”*)? Sobretudo, em uma perspectiva de gênero bastante demarcada neste espaço, *o que seria uma mãe “ideal” “adequada” “boa”*?

Junto às mulheres, coube acolhimento nas abordagens após o parto e uma escuta atenta e sensível às necessidades expressas por elas, no tempo delas, e não da instituição. A/o assistente social, com a sua capacidade criativa e propositiva, coube oferecer possibilidades e o direito a escolha, sobre permanecer de imediato no “hotelzinho” ou ir para a sua residência e permanecer pelo tempo que achar necessário e se organizar de acordo com as possibilidades reais, bem como, compreender as suas “ausências, a partir do acompanhamento e do conhecimento sobre as suas condições objetivas de vida. A estas profissionais, coube também

¹¹Uma das proposições deste método é o contato pele a pele, desde um toque mais suave até a “posição canguru”, onde o recém-nascido é posicionado de forma vertical junto ao corpo de seus responsáveis, pelo maior tempo possível. Diversas evidências apontam que estas práticas reduzem o tempo de internação, fortalecem o vínculo com os pais, favorecem a regulação neurológica e fisiológica dos bebês, além de contribuírem para o ganho de peso e diminuição de complicações (Brasil, 2017).

uma articulação mais sistemática com a equipe, pensando também nos cuidados dos bebês, que, porventura, precisariam ser realizados “mais de perto” pelas equipes.

Outras estratégias adotadas foram diálogos com chefias e utilização de ferramenta interna para uso das/os funcionários com relatos de condutas inadequadas, além de orientações aos familiares sobre o espaço da Ouvidoria do hospital ou do SUS, quando estes relatos chegam aos profissionais ao longo dos atendimentos e acompanhamentos.

Também chegam ao Serviço Social por diferentes membros da equipe, solicitações de “busca ativa”. Por mais que o nome indique a realização de uma ação mais ampla, o que a equipe da UTI Neonatal solicita é muito mais simplório: é o contato com a família, centralizada na figura da mulher-mãe, e o questionamento direto do porque ela está passando menos tempo do que o “ideal” na unidade ou porque ela não compareceu a consulta de retorno após a alta hospitalar. Também são comuns os questionamentos sobre como os bebês serão cuidados no ambiente domiciliar após a alta hospitalar, em situações em que já houveram questionamentos prévios sobre a capacidade protetiva ou não da família.

O porquê destes questionamentos chegarem diretamente ao Serviço Social também suscitou inquietações ao longo do período vivenciado na unidade, uma vez que os recursos necessários para estes contatos são os mesmos entre Serviço Social e demais membros da equipe da UTI Neonatal - números das famílias e aparelhos telefônicos institucionais habilitados para ligações externas.

Não cabe trazer apontamentos quanto à conduta individual das/os profissionais, bem como, desqualificar tais demandas, tendo em vista os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, estabelecidos no ECA. Entretanto, para além desta preocupação e também, responsabilidade profissional quanto ao bem-estar dos bebês, percebe-se que por vezes, tais solicitações estão imbuídas de conteúdos morais socialmente construídos, carregando uma conotação de responsabilização e culpabilização das mulheres, quando não cumprem as expectativas consideradas inerentes a elas.

Sobre esta discussão, considera-se que o trabalho dos mais diferentes profissionais, seja em âmbito público ou privado, não está isolado de outras formas de ser, estar e pensar, construídas ao longo de sua trajetória pessoal, que acabam por refletir em diferentes comportamentos na sua trajetória profissional. Concepções de “família ideal”, de “papéis bem definidos” e “mulher-mãe”, socialmente construídas (Mito, 2010; 2004) carregam estereótipos e preconceitos, além de subsidiar práticas de exclusão diante daquilo que não é considerado

“certo”, e são caras ao espaço sócio-ocupacional da Maternidade, onde diversas maternidades (no plural mesmo) perpassam todos os dias.

Barroco (2009, 2010) contribui para esta discussão com outros elementos, ao afirmar que discursos no campo da moral, muito presentes em meios de comunicação de massa, cumprem a função de controle social e adequação de comportamentos diante dos valores dominantes na sociedade de classes (diga-se capitalista e neoliberal). Servem de base, portanto, para concepções universais, que desconsideram a pluralidade dos seres.

Em função de sua repetição acrítica dos valores, de sua assimilação dos preceitos e modos de comportamento, de seu pensamento, repetitivo e ultrageneralizador, a vida cotidiana se presta à alienação. **A alienação moral também se expressa através do moralismo, modo de ser movido por preconceitos.** Devido ao seu peculiar pragmatismo e sua ultrageneralização, o pensamento cotidiano é facilmente tentado a se fundamentar em juízos provisórios, ou seja, em juízos pautados em estereótipos, na opinião, na unidade imediata entre o pensamento e a ação. (Barroco, 2010, p. 72 - grifos nossos).

Esta mesma autora, em consonância com Guerra (1999), também irá trazer apontamentos sobre o “chão” onde se desenvolve o exercício profissional do Serviço Social: o *cotidiano*, onde nem sempre, estas ideias e valores são interiorizadas de maneira livre e consciente. Contudo, importa afirmar que independente da apropriação crítica dos diferentes profissionais sobre a imediaticidade e a fragmentação postas pelo cotidiano, suas condutas, ainda que essencialmente técnicas e clínicas, mais ou menos articuladas com os demais profissionais da equipe multiprofissional, irão gerar rebatimentos objetivos na vida dos sujeitos, daquelas famílias que estão sendo acompanhadas pela equipe da UTI Neonatal. Estes rebatimentos poderão ser mais ou menos próximos de uma perspectiva de cuidado humanizado e integral, tal como expostas nas discussões teórico-normativas que permeiam o trabalho neste espaço.

Buscando responder às inquietações quanto às demandas que chegam para o Serviço Social, outros elementos também podem ser evidenciados. Autores como Bravo e Matos (2006), Yazbek (2009) e Barbosa (2019) apontam similaridades da inserção do Serviço Social na política de saúde brasileira com o desenvolvimento do Serviço Social chileno, onde as/os profissionais eram concentradas sobretudo em hospitais e ambulatórios, somando-se a uma perspectiva médico-hegemônica, “complementando” o trabalho dos médicos, sendo demandas para atuar sobre a questão social através de ações preventivas e educativas sobre hábitos de higiene.

Além disso, abordagens individuais, com cunho fiscalizador e na direção do “ajustamento” à ordem societária vigente, para além do Serviço Social na política de saúde brasileira, também estiveram presentes na história da profissão. Yazbek (2009, p. 151), ao discorrer sobre a imagem da profissão, corrobora

[...] no conjunto desta ação profissional institucionalizada, o assistente social é reconhecido como o profissional da ajuda, do auxílio, da assistência, da gestão de serviços sociais, desenvolvendo uma ação pedagógica, distribuindo recursos materiais, atestando carências, realizando triagens, conferindo méritos, orientando e esclarecendo a população quanto a seus direitos, aos serviços, aos benefícios disponíveis, administrando recursos institucionais, numa mediação da relação: Estado, instituição, classes subalternas.

A experiência vivenciada pela residente permitiu inferir que estas perspectivas ainda estão fortemente presentes, colocando o Serviço Social em uma posição de “profissional que vê a família” ou, aquele que tudo resolve, quando ninguém mais sabe o que fazer. Mas será quesamente este “legado histórico”, já discutido e contraposto na profissão, é o suficiente para elucidar a posição a qual o Serviço Social é delegado?

Relatos de experiência de Barbosa (2019) e Teixeira (2018), também em hospitais universitários, trazem elementos em comum aos observados no cotidiano da UTI Neonatal do HU, quando fazem referência às posições subalternas e de invisibilidade para o Serviço Social. Também em consonância, ambos irão apontar o modelo biomédico e o imperativo do “saber médico”, como elementos preponderantes para o trabalho em hospitais. Estratégias de enfrentamento coletivas e o incentivo do trabalho interdisciplinar são apontados como saídas.

Na UTI Neonatal do HU, o Serviço Social alia-se à Psicologia, buscando enfrentar estas imposições. As profissionais buscam intervir em diferentes momentos, sobretudo em reuniões de equipes, evidenciando os demais profissionais a realidade concreta vivenciada pelas mulheres, bem como propiciando reflexões críticas sobre diferentes configurações familiares, sobrecarga materna, solidão nos cuidados e necessidade de maior compreensão e envolvimento das equipes no apoio às puérperas. Assim, para além de evidenciar nas equipes as atribuições e competências profissionais do Serviço Social de forma *strictu sensu*, ressalta-se

[...] os conteúdos e a direção das atividades realizadas no âmbito do trabalho coletivo que assistentes sociais, juntamente com outras/os profissionais, realizamno enfrentamento das expressões da “questão social”, pela mediação das políticas sociais, em que exercem funções de operacionalização, planejamento e gestão (Raichelis, 2022, p. 12 - grifos nossos).

Por vezes, foi possível, a partir da reflexão com os demais membros da equipe de saúde traçar estratégias que minimizem (ao menos na esfera institucional) os desafios enfrentados por essas mulheres. Em outros momentos, não há entendimento no interior da equipe e a assistente social é taxada como a profissional que está “do lado da família”, o que pressupõe um ambiente ambíguo onde as demandas da equipe de saúde e da família são contrárias e estão em constante disputa.

Nesta mesma direção, a “relativa autonomia” amplamente discutida na nossa profissão, também fornece base para ir além do “atender ou não atender” as demandas colocadas pelas equipes, bem como, para ir além da dinâmica da unidade, dos interesses e recursos institucionais disponíveis, dotando as ações profissionais de uma direção social (Yazbek, 2009; Raichelis, 2019) e na construção de estratégias *com* as famílias, e não *para* as famílias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos foram e são os desafios para o Serviço Social na UTI Neonatal do HU/UFSC. Para além do trabalho junto às gestantes, puérperas e suas famílias ou outros membros da rede de apoio, em um momento de extrema complexidade diante da internação em uma unidade de cuidados intensivos, e dos desafios junto às equipes multiprofissionais, considera-se que este trabalho permitiu evidenciar elementos do contexto social mais amplo e da realidade institucional desfavoráveis para efetivação da integralidade e da intersetorialidade.

No contexto da UTI Neonatal, observou-se grandes possibilidades para construção de vínculos, importante na condução de processos reflexivos e tomada de estratégias de enfrentamento diante das questões que se desencadeiam na totalidade da vida e ao longo das internações mais prolongadas. A entrevista social e o acompanhamento ao longo da internação, como instrumentos mediados pelo planejamento, demonstram, portanto, potencialidades em suas dimensões política e socioeducativa.

Além disso, acredita-se que ações de cunho socioeducativo, mediando reflexões críticas junto às gestantes, puérperas, seus familiares e rede de apoio sobre seus direitos e sobre as condições históricas as quais perpassam suas situações de vida, foram e são fundamentais para a construção da autonomia e da participação ativa no processo de internação, saindo da condição de apenas “pacientes” (em seu significado de “submisso” e “conformado”) para se

tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (Cfess, 2010, p. 45).

Além disso, o trabalho apresentado também evidenciou o quanto a mulher-mãe é colocada como figura principal de cuidado e referência dos bebês na unidade. Não se trata de questionar a importância da sua presença, tão pouco, os benefícios da parentalidade para o desenvolvimento dos bebês. Mas, cabe a reflexão: quem é a rede de apoio desta mulher? A realidade vivenciada permitiu observar que não são incomuns as situações em que, por motivos diversos, a rede de apoio institucional é o único ou principal ponto de apoio para estas mulheres, ficando sob responsabilidade do Serviço Social, a sua articulação e fortalecimento.

O acionamento da rede de apoio institucional, orientando as famílias e articulando com a rede de serviços socioassistenciais, demonstrou-se como uma grande demanda e também, como uma potencialidade do Serviço Social no espaço, afirmando o compromisso com a efetivação do conceito ampliado de saúde, através dos princípios da integralidade e da intersetorialidade, bem como, com o bem-estar de bebês e suas famílias.

Ainda assim, realidades institucionais e do contexto mais amplo das relações sociais, dialogam entre si e seguem apontando desafios que foram e seguem sendo urgentes. Exemplo disso, são as discussões em torno da ampliação da licença paternidade, caminhando a passos lentos no Brasil. Mais do que novas normativas, há necessidade também de uma mudança de cultura e paradigmas, onde “maternidade” seja vista de forma plural, e não universal, concebida de uma única forma.

Portanto, é possível afirmar categoricamente que ainda há um longo caminho na construção de estratégias institucionais e a nível de políticas públicas, que, de fato, garantam às mulheres um local mais igualitário de escolha e autonomia para exercício das suas maternidades, que não seja a custo de sua saúde física e mental, tão pouco, submetidas a ideias pré-concebidas de como ser e de como fazer.

Não há dúvidas que, para além da presença diária das assistentes sociais na unidade e nas reuniões semanais de equipe, e dos enfrentamentos individuais com os demais profissionais, são também necessárias estratégias coletivas para visibilidade e valorização do Serviço Social neste espaço, bem como, para “criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados” (Cfess, 1993). Neste sentido, destacam-se os encontros semanais organizados pela preceptora junto a residentes e estagiárias, ora discutindo textos sobre as temáticas que perpassam o cotidiano da

UTI Neonatal e do exercício profissional, ou então, reservando este espaço para discussão e planejamento das situações que estão sendo acompanhadas.

Embora preponderantes para construção de respostas qualificadas na mediação entre instituição, usuárias/os e políticas públicas, notou-se que estes momentos não são suficientes, carecendo de uma maior articulação entre as assistentes sociais da Maternidade e das demais unidades do hospital como um todo, na busca por reiterar a direção assumida pela categoria profissional diante de suas atribuições e competências profissionais.

Por fim, considera-se “o que fazemos”, “como fazemos” e “porque fazemos” a partir das ações profissionais apresentadas, enquanto potencialidades no espaço sócio-ocupacional abordado, ainda que em contextos sociais, políticos e econômicos mais amplos e adversos com agudização da questão social e a precarização das condições de trabalho da/o assistente social. Não apenas em um caráter técnico e executor, como por vezes exigido pelo cotidiano institucional e da própria UTI Neonatal, mas também enquanto postura política, fortalecida por valores éticos inscritos no projeto ético-político profissional, garantindo, assim, um olhar ampliado sobre as famílias.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Viviane Cristina. Serviço Social e saúde: relação antiga, desafios presentes. **Revista em Pauta**, [S.L.], v. 17, n. 44, p. 240-254, 17 set. 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/rep.2019.45242>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/45242>. Acesso em: 16 out. 2024.

BARROCO, Maria Lucia Silva e TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, (organizador). São Paulo: Cortez, 2012.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. A particularidade histórica da pesquisa no serviço social. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 10, n., p. 46-54, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/LbRYxChMz6jrFvMv7S45PXQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 nov. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 jul. 2024. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Luiz Filipe Barcelos. Conselho Nacional de Saúde. **Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil**. novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde, Rede Cegonha 2013**. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 1 jul. 2024.

BRASIL, **Portaria GM nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html Acesso em: 30 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº7, de 16 de setembro de 2021**. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União 2015. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405>. Acesso em: 08 nov. 2024.

BRASIL. Resolução Conselho Federal de Serviço Social – CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. Disponível em:

https://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_556-2009.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. 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 - DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3_ed.pdf . Acesso em: 29 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**. Aprovado em 13 de março de 1993 com as alterações Introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 3 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 29 jun. 2024.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Serviço Social e Saúde**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 37, 7 maio 2015. Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634882>. Acesso em: 11 nov. 2024.

FAERMANN, Lindamar Alves. A processualidade da entrevista no Serviço Social / The processualidade of Social Service interview. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 315, 30 dez. 2014. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2014.2.16610>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/16610>. Acesso em: 11 nov. 2024.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. Capacitação em Serviço Social e Política Social. **O trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Módulo 4, Brasília, CFESS/ABEPSS-UNB/CEAD, 1999, p. 53-63.

IAMAMOTO, Marilda V. Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempo de capital fetiche. In: RAICHELIS, R. *et al* (orgs.) **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. Palestra proferida na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina: **Serviço Social em Revista**, v. 12, nº 2, 2010. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>. Acesso em: 15 nov. 2024.

MIOTO, Regina Célia. Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. **Revista Virtual Textos e Contextos**, nº 3, 2004. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SILVEIRA, Rayanna Beatriz Barbosa da; SILVA, Eliana Andrade e. O Trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe / the work of the social assistant in the unit of intensive therapy (icu). **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 97, 22 ago. 2018. EDIPUCRS. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/27325>. Acesso em: 20 nov. 2024.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, 2009. p. 143-163.

WIESE, Michelly Laurita. Serviço social e a interlocução com a determinação social na saúde em tempos de pandemia. **Sociedade em Debate**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 146-159, 15 dez. 2020. Sociedade em Debate. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2779>. Acesso em: 11 nov. 2024.