



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

JÉSSICA LIMA TAVARES

**A PERCEPÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL SOBRE OS VÍNCULOS FAMILIARES
DE USUÁRIOS INTERNOS NO HOSPITAL**

**JOÃO PESSOA - PB
2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

JÉSSICA LIMA TAVARES

**A PERCEPÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL SOBRE OS VÍNCULOS FAMILIARES
DE USUÁRIOS INTERNOS NO HOSPITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço
Social, do Centro de Ciências Humanas, Letras e
Artes, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB),
em cumprimento à exigência para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Edna Tania Ferreira da Silva

JOÃO PESSOA - PB
2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

T23lp Tavares, Jessika Lima.

A percepção de assistente social sobre os vínculos familiares de usuários internos no hospital / Jessika Lima Tavares. - João Pessoa, 2023.
85 f. : il.

Orientador: Edna Silva.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2023.

1. Família. 2. Política da Saúde. 3. Acompanhamento Hospitalar. 4. Serviço Social. I. Silva, Edna. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 36

JÉSSIKA LIMA TAVARES

**A PERCEPÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL SOBRE OS VÍNCULOS FAMILIARES
DE USUÁRIOS INTERNOS NO HOSPITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço
Social, do Centro de Ciências Humanas, Letras e
Artes, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB),
em cumprimento à exigência para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Edna Tania Ferreira da Silva (Orientadora)

Prof^a. Dra. Maria de Fatima Leite Gomes – Examinadora (UFPB)

Prof^a. Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva – Examinadora (UFPB)

JOÃO PESSOA - PB
2023

DEDICO, a todas famílias, que bravamente se doam, e lutam pela sobrevivência dos seus. Em especial, à minha mãe (Suely) e ao meu pai (Ailton), pelo carinho, apoio e suporte dado ao longo da minha vida para que tudo que tenho planejado possa ser realizado.

AGRADECIMENTOS

Anos se passaram, conhecimentos foram adquiridos e desafios foram superados, entretanto, sozinha seria impossível contabilizar mais essa vitória em minha vida. Hoje agradeço a todos que contribuíram para a realização desse sonho.

A cada professor que fez parte da minha trajetória acadêmica, desde da Educação Infantil até o Ensino Superior, citá-los aqui, é reconhecer a importância de cada um, em medidas diferentes, mas todas valiosas, na construção dos degraus que me trouxeram até aqui.

Agradeço aos meus pais, que acompanharam cada dia dessa trajetória, o incentivo constante do meu pai Ailton, a dedicação incondicional da minha mãe Suely. Agradeço aos meus irmãos, Jessiane e Jerffeson, que me apoiaram com palavras e gestos ao longo do processo.

Ao meu companheiro, Cássio, que me acompanhou nessa trajetória com todo apoio, carinho e incentivo. Não poderia deixar de mencionar meus tios (as), primos (as) e amigos (as) que sempre me incentivaram a não desistir.

As pessoas que marcaram presença em minha trajetória durante a graduação em Serviço Social, que foram imprescindíveis nessa conquista, que tanto me alegra hoje, a Estefane, Pollyanna, Randriely, Francielle, Betânia, agradeço a cada uma pela convivência e aprendizagem.

A minha querida orientadora, a Professora Dra. Edna, agradeço pelo seu acompanhamento atencioso, respeitoso, cuidadoso, desde o Estágio Supervisionado I. Sou grata pela sua rica contribuição acadêmica, por todos os conhecimentos adquiridos e pelas experiências vivenciadas. Agradeço por toda paciência, persistência e confiança em mim depositada, para que enfim, pudesse concluir esse trabalho.

As Assistentes Sociais da Clínica Médica do HULW, pelo acolhimento ao longo dos Estágios Supervisionados I e II e aceite em serem entrevistadas nesse estudo. A banca, formada pelas Professoras Doutoras, Maria das Graças Miranda F. Da Silva e Fatima Leite Gomes pela aceitação de fazer parte dessa conclusão de curso e por adicionarem seus conhecimentos ao meu trabalho.

E principalmente, agradeço a Deus, porque sem a presença Dele eu não chegaria até aqui, vem Dele tudo o que sou, tudo o que tenho e o que espero.

RESUMO

Este estudo investigativo teve como objetivo analisar e compreender mediante as demandas do trabalho profissional de assistente social, na relação interprofissional, como se dão as condições dos vínculos familiares socioeconômicos e afetivos das famílias dos usuários internos na clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley que são vivenciados durante o acompanhamento hospitalar nos cuidados em saúde. O estudo qualitativo foi realizado a partir de pesquisa de campo e teve como instrumento de levantamento de dados a entrevista semiestruturada realizada com as Assistentes Sociais da Clínica Médica do HULW. O Estudo foi norteado pela análise crítico-dialética do processo de sociabilidade em que se inserem as relações familiares dos usuários das políticas públicas, forjado pelas desigualdades sociais, marcadamente pelas questões que envolvem a família e a garantia de direitos destas, a rede de sociabilidade e as políticas sociais. A análise dos dados da pesquisa foi estruturada por leitura organizativa do conteúdo das entrevistas, em seguida, a pré-análise dos argumentos levantados, e, por fim, a categorização temática dos dados coletados de acordo com a problematização apresentada, sendo, portanto, utilizado o método de análise de conteúdo. A referida pesquisa e estudo tem como perspectiva ampliar o acúmulo de conhecimentos no debate nacional do Serviço Social na área da política da saúde das questões que envolvem à família e a sua centralidade nas políticas públicas, os novos arranjos familiares, as dificuldades que se expressam no acesso às políticas públicas na garantia de direitos, somando elementos importantes para a discussão e problematização das condições e garantias do acompanhamento hospitalar enquanto um direito do usuário em tratamento e requisição para a intervenção profissional de Assistentes Sociais. A discussão e análise dos dados firmaram a hipótese da pesquisa em torno do pressuposto da (des)proteção do Estado no atendimento às famílias no âmbito das políticas sociais que é cada vez mais responsabilizada pela provisão e a garantia de proteção aos indivíduos que compõem seus grupos dentro de um contexto de vulnerabilidades sociais que enfrentam. Devido às condições socioeconômicas, a família se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento e de acompanhamento de seus familiares nos hospitais mediante situações que envolvem as rotinas das suas vidas e vínculos fragilizados/ou rompidos no núcleo de convívio familiar.

Palavras-Chave: Família; Política da Saúde; Acompanhamento Hospitalar; Serviço Social.

ABSTRACT

This investigative study aimed to analyze and understand, through the demands of the professional work of a social worker, in the interprofessional relationship, how the conditions of socioeconomic and affective family ties are experienced by the families of internal users in the medical clinic of the University Hospital Lauro Wanderley that are experienced during hospital follow-up in health care. The qualitative study was carried out based on field research and had as a data collection instrument the semi-structured interview carried out with the Social Workers of the Medical Clinic of the HULW. The study was guided by the critical-dialectic analysis of the sociability process in which the family relationships of public policy users are inserted, forged by social inequalities, markedly by issues involving the family and the guarantee of their rights, the sociability network and social policies. The analysis of the research data was structured by an organizational reading of the content of the interviews, then, the pre-analysis of the arguments raised, and, finally, the thematic categorization of the collected data according to the problematization presented, being, therefore, used the content analysis method. This research and study has the perspective of expanding the accumulation of knowledge in the national debate of Social Work in the area of health policy of issues involving the family and its centrality in public policies, the new family arrangements, the difficulties that are expressed in the access to public policies in the guarantee of rights, adding important elements for the discussion and problematization of the conditions and guarantees of hospital follow-up as a right of the user undergoing treatment and request for professional intervention by Social Workers. The discussion and analysis of the data established the research hypothesis around the assumption of the (lack of) protection of the State in the care of families in the scope of social policies that is increasingly responsible for the provision and guarantee of protection to the individuals that make up their groups within a context of social vulnerabilities they face. Due to socioeconomic conditions, the family is faced with difficulties in coping with the situation of illness and accompanying their family members in hospitals through situations that involve the routines of their lives and weakened/or broken bonds in the nucleus of family life.

Keywords: Family; Health Policy; Hospital follow-up; Social service.

LISTA DE SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação continuada

CADÚNICO – Cadastro Único

CF - Constituição Federativa do Brasil

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalhistas

DIP - Unidade de Doenças Infectoparasitárias

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MEI – Microempreendedor Individual

NESC - Núcleo de Saúde Coletiva

OIT- Organização Internacional do Trabalho

PB – Paraíba

PBF - Programa Bolsa Família

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNAS - Política Nacional da Assistência Social

PREALC - Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RJU -Regime Jurídico Único

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Número de moradores por residência no Estado da Paraíba.....	45
GRÁFICO 2 - Mercado de trabalho no Estado da Paraíba.....	47
GRÁFICO 3 - Números de Beneficiários do PBF e empregos com carteira assinada.....	49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1- REFLETINDO SOBRE A FAMÍLIA NAS RELAÇÕES SOCIAIS CONTEMPORÂNEAS E A QUESTÃO SOCIA 16	16
1.1 Família: contextualização em torno das abordagens teóricas.....	16
1.2 Relações familiares: as expressões da questão social no âmbito familiar na sociedade brasileira.....	22
CAPÍTULO 2 - MARCO LEGAL E POLÍTICA DE SAÚDE REFERENTE A FAMÍLIA E RESPONSABILIDADES FAMILIARES NO BRASIL 28	28
2.1 Marco legal e política de saúde atinentes à família.....	28
2.2 Reflexões em torno das responsabilidades familiares no Brasil.....	32
2.3 O trabalho com famílias no âmbito das políticas sociais e o serviço social.....	34
CAPÍTULO 3 - FAMÍLIA E SERVIÇO SOCIAL: demandas interprofissionais no hospital.....40	40
3.1 O universo da pesquisa: o Hospital Universitário Lauro Wanderley e o serviço social no atendimento às famílias.....	40
3.2 Dinâmica das relações familiares no cotidiano da saúde segundo a experiência profissional de assistente social.....	44
3.3 Demandas por atendimento à saúde das famílias: vínculos familiares, internação e responsabilidade familiar e institucional.....	50
3.4 O papel do Estado na reprodução social das famílias, as políticas sociais e o serviço social.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....63	63
REFERÊNCIAS68	68
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	74
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE.....	76
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HU.....	79
ANEXO B – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARÍBA- CEP/CCS.....	84

INTRODUÇÃO

O presente estudo de cunho investigativo intitulado: “A Percepção de Assistente Social sobre os Vínculos Familiares de Usuários Internos no Hospital”, configura-se como um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), de Bacharelado em Serviço Social, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A presente proposta de pesquisa foi construída a partir da experiência vivenciada no campo de Estágio Supervisionado I e II, enquanto estagiária, junto à equipe de Serviço Social da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW, no município de João Pessoa – PB. Este estudo teve como objetivo primário, compreender mediante as demandas do trabalho profissional de assistente social na relação interprofissional como se dá as condições dos vínculos familiares socioeconômicos e afetivos das famílias nos cuidados em saúde dos usuários internos na clínica médica durante o acompanhamento hospitalar.

Os objetivos secundários que embasaram este estudo, constituem-se em: identificar nas apreensões de assistente social durante o trabalho profissional na saúde as principais demandas de acompanhamento familiar aos usuários hospitalizados; analisar o papel do Estado e das políticas sociais na proteção social à saúde de indivíduos frente às responsabilidades instituídas socialmente à família; apreender os vínculos familiares e novos arranjos na perspectiva de problematizar os cuidados em saúde durante o acompanhamento hospitalar; discutir como o Estado tem indicado a família como base estratégica na condução das políticas sociais públicas; entender como se efetiva à demanda do acompanhamento familiar no trabalho profissional de assistentes sociais, enquanto uma competência profissional, ao participar do trabalho em equipe na saúde.

Partiu-se da compreensão de que as principais ações desenvolvidas no trabalho profissional de assistente social no atendimento na saúde são orientadas e norteadas para a construção do perfil socioeconômico e familiar dos usuários, levando ao conhecimento profissional às condições determinantes e condicionantes da saúde na formulação de estratégias para a intervenção que fortaleçam os vínculos familiares no processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde.

Desse modo, pode-se argumentar que a família tem sido identificada pelo Estado como base estratégica para a condução de políticas públicas visando à garantia de direitos, contudo, paradoxalmente, questiona-se se estas iniciativas na esfera estatal impactam para o fortalecimento das competências familiares, se respondem às necessidades e contribuem para a

proteção social dos indivíduos nos núcleos familiares. A família tem sido cada vez mais requisitada pelo Estado a assumir o papel de responsável na gestão dos segmentos como idosos, crianças e adolescentes, pessoas com deficiências, entre outros, conforme estabelecido nos estatutos que determinam responsabilidade e dever da família, da comunidade, da sociedade civil e do Estado assegurar atendimento e garantia de direitos dos mesmos.

Nessa perspectiva, a centralidade da família como mecanismo de sociabilidade no que se refere a laços e responsabilidades familiares remete à discussão dos direitos e deveres das relações Estado, família e políticas públicas no acesso a direitos. Paralelamente, com o sentido e as mudanças da constituição das relações familiares enquanto modelo social. Essas relações são complexas e atravessadas por questões objetivas e subjetivas, simbólicas e materiais. Desse modo, formulou-se a priori a pergunta deste estudo investigativo: como são vivenciados no cotidiano hospitalar, na percepção de assistente social, os papéis determinados socialmente para as famílias nos cuidados em saúde que implicam no atendimento do usuário interno na relação Estado, políticas sociais, famílias em relações interprofissionais?

Considera-se que vulnerabilidades sociais e situações de risco as quais são vivenciadas por famílias de baixa renda, usuárias da saúde pública, são componentes essenciais que contribuem para explicar os papéis familiares nos cuidados em saúde e obrigações, que os tornam instáveis no que envolve a rede de parentesco e as relações familiares. No entanto, pensar as políticas sociais, a proteção social e o trabalho profissional do serviço social junto aos usuários dos serviços de saúde, significa compreender esses intrincados processos na implementação de políticas na esfera pública no cotidiano institucional. Por essas razões, destaca-se a problemática da dinâmica dos cuidados de familiares atendidos no hospital universitário concernente ao acompanhamento familiar durante a internação.

Ao decorrer dos estágios supervisionados, enquanto estagiária, observou-se que dentre as várias demandas para o Serviço Social, uma das recorrentes, é a identificação por parte do assistente social, e, bem como, respostas à solicitação por parte de profissionais de saúde quanto à articulação e providências para a participação de familiares dos usuários internos na Clínica Médica no acompanhamento hospitalar durante a internação, assim como tal, cabe ao serviço social acompanhar a permanência do familiar ou responsável durante o tratamento do usuário quando necessário.

Segundo delimita o Conselho Federal de Serviço Social- CFESS em “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, constitui-se competência de Assistente Social conhecer o perfil do usuário e família por meio da análise da situação socioeconômica, bem como subsidiar com informações a prática dos demais profissionais de saúde.

De acordo com os preceitos legais, os usuários da saúde internos têm “o direito a acompanhante durante os cuidados em saúde, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida” (Carta dos Direitos dos usuários da saúde, 2011, p.12). Entretanto, percebe-se que muitos usuários internos no HULW, que têm o direito garantido ao acompanhamento familiar não conseguem prover essa necessidade, devido a inúmeras dificuldades e barreiras individuais e sociais encontradas, inviabilizando o acompanhamento hospitalar, seja pelas condições sociais familiares, pela quebra de rotina de vida dos familiares ante a necessidade de sobrevivência, pela desproteção familiar por parte do Estado e por laços rompidos. Desse modo, se constituindo um desafio para o usuário em tratamento, familiares e profissionais da saúde na garantia dos direitos.

A hipótese que embasou esta pesquisa foi que a (des)proteção do Estado no atendimento às famílias - marcadas por interferências objetivas -, relegando à esfera do privado ou do afetivo os cuidados da saúde da população de baixa renda é um elemento fundamental para a compreensão das situações complexas de relacionamentos familiares durante as internações hospitalares. A família é cada vez mais responsabilizada pela provisão e a garantia de proteção aos indivíduos que compõem seus grupos, dentro de um contexto de vulnerabilidades sociais e dificuldades que enfrentam.

O Estudo norteado pela análise crítico-dialética do processo de sociabilidade em que se inserem as relações familiares dos usuários das políticas públicas, forjado pelas desigualdades sociais, marcadamente pelas questões que envolvem a família e a garantia de direitos destas, a rede de sociabilidade e as políticas sociais. Deste modo, proporcionado pela abordagem da teoria social que pressupõe que o objeto de estudo somente pode ser compreendido depois de ser investigado, analisado em suas múltiplas determinações, oferecendo elementos para uma análise histórica das relações sociais estabelecidas em sua dinâmica contemporânea.

A investigação foi realizada através de pesquisa de campo, de natureza qualitativa. Teve como instrumento de levantamento de dados a entrevista semi-estruturada, realizada com duas assistentes sociais da Clínica Médica do HULW, que atendem aos usuários das alas A e B. Desse modo, a amostragem corresponde a 100% do universo da pesquisa. A escolha da Clínica Médica se deu por ter sido o local de Estágio Supervisionado I e II da pesquisadora e onde a problematização do objeto foi observada e por ser uma das Clínicas onde os usuários ficam períodos internados durante o tratamento em saúde, possibilitando assim a abordagem sobre o acompanhamento familiar durante a internação que constitui demanda profissional de assistente social na relação interprofissional.

A metodologia de natureza qualitativa, se adequa por considerá-la mais necessária para responder a investigação e questionamentos formulados sobre o objeto a que se propôs compreender, tendo em vista que as informações obtidas foram de caráter narrativo que envolve aspectos da realidade na compreensão e na explicação da dinâmica das relações sociais, capaz de identificar e analisar dados que não podem ser quantificáveis e os dados obtidos foram analisados, interpretados e explicados. “A pesquisa qualitativa faz perguntas fundamentais ao investigado a respeito da natureza dos fenômenos sociais” (POPE; MAYS, 2011, p.14).

A análise dos dados da pesquisa foi estruturada por leitura organizativa do conteúdo das entrevistas, em seguida, a pré-análise dos argumentos levantados, e, por fim, a categorização temática dos dados coletados de acordo com a problematização apresentada, sendo, portanto, utilizado o método de análise de conteúdo, complementado mediante levantamento bibliográfico e dados secundários publicizados em estudos, para explicitar a compreensão do tema e análise do objeto.

Entende-se como bibliográfico o uso de materiais já tornado públicos, análises sociológicas clássicas e contemporâneas e do debate no Serviço Social produzidos nos estudos através de livros teses, pesquisas, monografias, entre outros. O estudo das categorias temáticas que perpassaram este estudo direcionou-se a autores contemporâneos que adota uma visão social crítica, dentre os quais: Mioto (2003; 2008; 2010); Iamamoto (2012; 2015); Candeia (2016); Sanches (2013); Santos (2018), Carvalho (2007), dentre outros.

O projeto foi submetido às “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos”, conforme estabelece a resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, através de carta de anuência do HULW que emitiu parecer favorável, e a partir da autorização foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. A participação das Assistentes Sociais da Clínica Médica, deu-se mediante aceitação do convite e através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), cujo modelo encontra-se no (Apêndice B) deste trabalho. Nesse termo foi garantido total anonimato aos sujeitos pesquisados, bem como o sigilo das informações coletadas, primando-se ainda pelo livre acesso aos resultados da pesquisa.

Acrescenta-se que esta pesquisa apresenta relevância, considerando que são problemáticas apresentadas no cotidiano institucional e profissional, e que necessitam serem conhecidas e analisadas para que políticas e programas de atenção à saúde das famílias possam se constituir em respostas qualificadas às necessidades em saúde, fortalecendo a recuperação e reabilitação da saúde do usuário, igualmente, permite desenvolver ações coordenadas nas diferentes especializações do trabalho interprofissional. O assistente social, ao participar do

trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação e sistematização na interpretação das condições socioeconômicas e familiar da saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações neste âmbito.

Contudo, emerge a importante discussão sobre a percepção no trabalho profissional de assistente social sobre os vínculos familiares nos cuidados em saúde dos usuários hospitalizados, permitindo sistematizar as demandas e respostas articuladas no cotidiano e analisar os desafios enfrentados pelas famílias no acompanhamento de seus entes internos no hospital e quais as contribuições necessárias às providências adotadas pelo Estado e/ou instituição para suprir a ausência e necessidades específicas desse acompanhamento.

Desse modo, o referido estudo tem como perspectiva aprofundar o acúmulo de conhecimento no debate nacional no Serviço Social na área da saúde, das questões que envolvem a família, os novos arranjos familiares, as metodologias de trabalho com famílias, as dificuldades que se expressam no acesso às políticas públicas na garantia de direitos, somando ao mesmo tempo, elementos importantes para a discussão e problematização de que o acompanhamento hospitalar é um direito e não um dever do usuário em tratamento.

Igualmente, poderá se reverter em dados e análise para os profissionais da instituição, a fim de lhes apresentar informações da realidade socioeconômica e familiar em que estão inseridos os usuários dos serviços de saúde, orientando assim o trabalho na articulação multiprofissional.

A partir das observações de Campo, das entrevistas realizadas e da análise dos dados coletados tornou-se possível compreender as condições socioeconômicas de famílias internas no hospital, que têm direito à proteção do Estado, mas, cada vez têm sido requisitadas para assumir responsabilidades enquanto dever dos cuidados em saúde dos seus entes.

Conforme as falas das assistentes sociais, o prolongamento nos períodos de internação de usuários constitui um desafio para o acompanhamento familiar em face das condições materiais de vida da classe trabalhadora, não se tratando de descumprimento do papel quanto às responsabilidades familiares, nem tampouco negligência.

Desse modo, as responsabilidades atribuídas legalmente pelo Estado e delegadas às famílias no acompanhamento hospitalar são abstratas se consideradas efetivamente as condições de vida da classe trabalhadora. Infere-se que não basta eleger idealizadamente o desempenho familiar (CARVALHO, 2007), é necessário um conjunto de políticas sociais para atendimento e fortalecimento dos vínculos familiares diante das suas necessidades.

Assim sendo, confirma-se as hipóteses desse estudo, ao afirmar que devido às condições socioeconômicas, a família se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de

adoecimento e de acompanhamento de seus familiares nos hospitais, seja pelas situações de desemprego vivenciadas e falta de recursos, por trabalho precário, por não ter familiares na cidade na qual o usuário está hospitalizado. As dificuldades familiares se dão mediante situações que envolvem quebra de rotinas das suas vidas, já que os familiares devem se adaptar à nova situação, em um ambiente desconhecido, ocasionando um afastamento social seja do trabalho, da casa, dos estudos, dentre outros.

A lógica expositiva desta monografia divide-se em três capítulos:

O primeiro capítulo corresponde e discute-se as abordagens teóricas em torno das configurações sobre a organização familiar na sociedade capitalista, refletindo sobre a família, as relações familiares e papéis assumidos historicamente, predominantemente nas relações sociais contemporâneas. Traz uma análise histórica em torno das mudanças na composição e dos laços familiares, permeados pelas expressões da questão social no âmbito familiar no Brasil.

O segundo capítulo aborda o marco legal em torno das responsabilidades familiares e política de saúde referentes à família no Brasil, aprofundando as reflexões entre família e políticas públicas e o Serviço social.

No terceiro capítulo procede-se de forma mais densa a análise dos dados de pesquisa, o que corresponde a uma incursão sobre a percepção de assistentes sociais sobre os vínculos familiares e afetivos no âmbito do atendimento de usuários internos na Clínica Médica do HULW.

Seguem-se as considerações finais, as referências, apêndices e anexos.

CAPÍTULO 1 - REFLETINDO SOBRE A FAMÍLIA NAS RELAÇÕES SOCIAIS CONTEMPORÂNEAS E A QUESTÃO SOCIAL

Compreender a família e as relações familiares na sociedade contemporânea é uma exigência necessária para o Serviço Social. A análise aqui efetuada traz a luz às conexões entre a constituição familiar, questão social e políticas sociais na esfera estatal, especificamente a saúde, onde atua o assistente social.

Na contraposição de qualquer naturalização das relações familiares burguesas, essas são entendidas como processo histórico, com determinações objetivas e subjetivas, de construção de práticas e valores em relação ao papel a qual é configurada socialmente e tende a ser tratada como se expressa na vida em sociedade. Trata-se, de compreender e decifrar as múltiplas expressões do contexto familiar que se encontram no cotidiano institucional de atendimento à saúde.

A problemática que se apresenta no estudo diz respeito à posição que tem sido delegada à família como base estratégica para a condução de políticas públicas pelo Estado, voltada à garantia de direitos e que incidem sobre a identidade familiar de inúmeras famílias de baixa renda.

Assim, pretende-se discutir, com base em análises histórico-críticas, mais gerais, este primeiro capítulo, que se entrecruzam com as análises sobre política social e com os dados investigativos, indagando e analisando como vem se concretizando as competências familiares delegadas socialmente as famílias no âmbito da implementação de serviços de saúde e como essas desafiam o trabalho de assistente social na relação multiprofissional e o direito à saúde de usuários.

Desse modo, pensar as relações familiares implica problematizar as relações sociais estruturadas, e evidenciar as transformações em curso.

1.1- Família: contextualização em torno das abordagens teóricas

Para compreender mediante as demandas do trabalho profissional de assistente social, na relação com a equipe de profissionais da saúde, sobre as condições dos vínculos familiares socioeconômicos e afetivos das famílias nos cuidados em saúde dos usuários hospitalizados,

faz necessário partir de um breve resgate histórico da instituição família e suas configurações na sociedade, para abranger as alterações que se expressam nos dias atuais.

A análise das relações familiares é relevante para o serviço social pela possibilidade histórica de trabalhar com as políticas sociais, nas quais ocorre uma centralidade do trabalho com famílias, compondo uma das dimensões fundamentais de atendimento de necessidades sociais.

As transformações ocorridas no entendimento de família nas últimas décadas “estão intrinsecamente associadas ao contexto social, econômico, histórico, político e cultural” (ABRÃO, 2011, p.203), que denotam que a instituição familiar é uma construção social. Igualmente, tem se constituído socialmente enquanto o espaço para a garantia da sobrevivência e da proteção dos seus membros independente do arranjo familiar estabelecido.

Na antiguidade, conforme estudos de Barreto (2013), às famílias não tinha como principal característica a presença do afeto nas relações, o que predominava era a união “com o propósito de conservação dos bens, a prática comum de um ofício e nos casos de crises, a preservação da honra e das vidas”. (BARRETO, 2013, p.206-207). O casamento de conveniência, arranjado segundo o desejo dos pais, por razões econômicas, de caráter político ou religioso. Nesse período, destaca-se a influência da Igreja nos alicerces das famílias, que, a partir de então, formar-se-iam apenas através de cerimônias religiosas.

O cristianismo levou o casamento a sacramento. O homem e a mulher selariam a união sob as bênçãos do céu e se transformariam em um único ser físico, e espiritualmente, de maneira indissociável. O sacramento do casamento não poderia ser desfeito pelas partes e somente a morte poderia fazê-lo (BARRETO, 2013, p.207).

No decorrer dos séculos, porém, essa estrutura passou por transformações profundas na sua constituição. Entre os anos de 1920 a 1940, no Brasil, conforme Abrão (2011), a explosão do capitalismo industrial, particularmente em 1930 e o movimento crescente do êxodo rural influenciaram a composição e os modos de vida familiar desse período, “predominando a família nuclear burguesa, com muitos filhos, havendo uma hierarquização nas relações familiares, baseada na divisão de tarefas em função do gênero” (VAITSMAN, 1994; VIEIRA, 1998 *apud* ABRÃO, 2011, p.205).

Nesse tipo de arranjo, existe um sistema de hierarquias e autoridades, a figura masculina é central, é este o chefe do núcleo familiar, que estabelece as regras, possui direitos sobre a

esposa e os filhos e é, também, o provedor financeiro e material do lar. A mulher tem apenas o papel de cuidado com os filhos e com a casa.

A família nuclear burguesa passa a ser encarada como natural:

Como a realidade a ser atingida, também pela moralidade cristã. A heteronormatividade, o casamento consumado pelos sentimentos afetivos, o afastamento do “sexo pecaminoso”, a castidade e a fidelidade da esposa, o controle moral sobre os filhos, a divisão entre trabalho reprodutivo e produtivo e a figura central no homem, por este ser o provedor e ter a maior renda do núcleo, compõem o arranjo perseguido não só pelas classes mais altas, mas também, pelas mais pobres (SABINO, 2018).

Quando a família que se afastava da estrutura do modelo de família burguesa, era chamada de “desestruturada ou incompleta [...]” (SZYMANSKI, 2002, p.23-24). Em 1950, “as famílias eram constituídas basicamente por pai, mãe e filhos que obedeciam ao pai, econômica e afetivamente. Esse novo arranjo familiar consolidava definitivamente o espaço privado e o individualismo” (GALANO, 2006, p. 124).

Contudo, destaca-se que:

No âmbito das relações sociais, começava uma nova participação social da mulher, com a ascensão do movimento feminista, a revolução técnico-científica e o desenvolvimento acelerado de novas ciências, especialmente as humanas (TRINDADE, p.29, 2001).

Os anos finais 1960 e nos anos de 1970 a 1980 foram marcadas pela participação das mulheres no contexto social, político e econômico, o que resultou em:

Uma diminuição significativa no número de filhos, que passou de três a quatro filhos para dois a três, em média. Três fatores foram de especial influência nessa mudança: (a) a entrada da mulher no mercado de trabalho, (b) a crise econômica dos anos 80 e (c) o surgimento de novos valores de criação dos filhos (RIBEIRO, SABÓIA, BRANCO, & BREGMAN, p. 142, 1998).

As mulheres começavam a trabalhar fora do lar, exerciam atividades de cuidado e educação de terceiros, condizentes com as profissões femininas que emergiram nesse período. Segundo Petrucelli (1998), nesse mesmo período, ocorria a difusão da pílula anticoncepcional, a regulamentação do divórcio, a baixa fecundidade, o aumento no nível da escolaridade feminina bem como sua maior possibilidade de acesso à informação. Conforme a discussão de

Abrão (2011), no âmbito das relações familiares, as principais mudanças ocorridas entre os anos de 1950 (família hierárquica) e 1980 (família igualitária) foram:

(a) homem e mulher passam de uma posição de diferentes, em termos de papéis e autoridade, para uma posição de identidade idiossincrática, (b) as relações parentais passam de extremamente hierarquizadas para mais igualitárias, (c) a identidade calcada na posição, sexo e idade da pessoa, com a autoridade paterna inquestionável, passa a ser baseada mais nas diferenças pessoais do que nas sexuais, etárias e posicionais, dando início à chamada crise da autoridade na família, e (d) a família passa de uma rede mais extensa para uma mais nuclearizada, fragmentada e privatizada (Vieira, 1998). Essas mudanças indicam menor desigualdade entre os papéis masculinos e femininos, o que implica menor hierarquização dentro da instituição familiar e mudanças na distribuição das tarefas do lar entre os genitores (DEUTSCH, 2009 *apud* ABRÃO, 2011, p.207).

O início dos anos 1990 começou, portanto, fortemente marcado pelas profundas transformações ocorridas na década de 80. Com base nos resultados do estudo de Pereira (2003), na década de 90, o divórcio aumentou três vezes mais, quando comparado com anos anteriores, ocasionando novas configurações familiares. “Aproximadamente 47% dos domicílios passaram a se organizar na ausência de, pelo menos, um dos pais, crescendo a incidência de novos arranjos, embora o modelo nuclear de família ainda continuasse sendo maioria” (PEREIRA, 2003 *apud* ABRÃO, 2011, p.206).

Atualmente, há menos famílias constituídas por casais com filhos hoje do que havia no início dos anos 1990. Ao mesmo tempo, aumentaram as famílias constituídas por casais sem filhos e as famílias unipessoais, isto é, as unidades domiciliares formadas por uma só pessoa. Aumenta, também, o número de casamentos e arranjos familiares que se distanciam da norma heterossexual, com casais e pais, formados por pessoas do mesmo sexo.

Novas configurações de famílias surgiram, Mioto (1997, p. 120) afirma que, “desse modo, não é possível falar de família, mas sim de famílias. O uso do plural se faz necessário no sentido de abarcar, dentro da concepção família, a diversidade de arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira”.

Dentre a diversidade citada por Mioto (1997), pode-se considerar a caracterização de Kaslov (*apud* SZYMANSKI, 2002) e Lorensen (2012), que bem expressa alguns dos diferentes arranjos familiares:

- **Família nuclear:** Corresponde a duas gerações com laços consanguíneos. É composta por um homem e uma mulher, onde ambos mantêm um relacionamento com um ou mais filhos.

- **Famílias extensas ou ampliadas:** De acordo com Lorenset (2012), aquela família que estende os vínculos de afinidade e afetividade a parentes próximos, além do casal ou unidade de pais e filhos. Ou seja, tios, avós, enteados, primos.
- **Famílias adotivas temporárias:** É quando um casal ou então uma única pessoa, acolhe crianças cujos familiares biológicos, estão temporariamente incapazes de cuidar delas.
- **Famílias adotivas:** Diz respeito a um casal ou então a uma única pessoa que assume legalmente, um indivíduo como seu filho, de forma afetiva.
- **Casais:** Conforme Lorenset (2012), conhecida também, como família projetada sem filho, é uma forma de família na qual o casal planeja sua vida sem filhos.
- **Unões consensuais:** É definida como aquela formada por um casal de forma livre de formalidades legais do casamento, dispostos a conviverem e constituir família.
- **Famílias monoparentais:** são famílias chefiadas por pai ou mãe, que vive com filhos dependentes, sem a presença do outro genitor ou de alguém que o substitua.
- **Família dissolvida com guarda compartilhada:** Essa forma de família ocorre a partir do momento em que o casal decide não viver mais junto, no entanto, estes possuem filhos e continuam sendo os responsáveis por eles.
- **Família homoparental:** Conforme Lorenset (2012), são famílias constituídas pela relação afetiva-sexual entre dois indivíduos do mesmo sexo, com ou sem a existência de filhos desta relação.
- **Famílias reconstituídas:** São uniões constituídas por pessoas que se divorciaram, e construíram novas famílias.
- **Família afetiva:** Várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo, cuidado, afetividade e solidariedade.

Diante das mais variadas formas de configurações familiares estabelecidas por autores na análise sobre famílias, faz-se referência as mais citadas, sendo que essas já são suficientes para poder observar que nas relações sociais contemporâneas, não existe um modelo único e ideal de família, nem mesmo um conceito de família definitivo, mas sim, um conceito em permanente construção.

Em seus estudos, Luna (2016, p.6) apresenta a evolução do conceito de “família”, no Dicionário *Houaiss*, no qual define família como sendo:

1 grupo de pessoas vivendo sob o mesmo teto (esp. o pai, a mãe e os filhos); 2 grupos de pessoas que têm uma ancestralidade comum ou que provêm de um mesmo tronco;

3 pessoas ligadas entre si pelo casamento e pela filiação ou, excepcionalmente, pela adoção (DICIONÁRIO HOUAISS, 2001, p. 1304 *apud* LUNA, 2016, p.6).

Entretanto, conforme Luna (2016), os organizadores do Dicionário *Houaiss*, considerando arranjos familiares, reescrevem o verbete inspirados nos diferentes núcleos familiares que existem na realidade brasileira. “Logo, o novo conceito de família seria: “Núcleo social de pessoas unidas por laços afetivos que geralmente compartilham o mesmo espaço e mantêm entre si uma relação solidária” (DICIONÁRIO HOUAISS, 2016 *apud* LUNA, 2016, p.6).

Desse modo, entende-se que o conceito de “família independente da sua configuração, extensa, nuclear, monoparental, consanguínea, entre outras é resultante de manifestações e expressões das relações sociais pertinentes à sociedade” (SANTOS, 2018, p.7). Conforme a sociedade vai evoluindo, o conceito de família vai se modificando, passando a existir vários arranjos familiares. Atualmente, o entendimento mais comum estabelece que família seja a união de pessoas ligadas pelo afeto. A estrutura da família, teoricamente, é baseada nos laços de confiança, amor, respeito, reciprocidade, harmonia e bem-estar comum.

Atualmente o conceito de família pode ser compreendido segundo Rodrigues (2009, p.12), como:

Grupo social fundado, essencialmente, em laços de afetividade[...]. Essa afetividade traduz-se, concretamente, no necessário e imprescindível respeito às peculiaridades de cada um de seus membros, preservando a imprescindível dignidade de todos.

Nesse sentido, independente do gênero, sexo, ou dos laços consanguíneos, as pessoas podem conviver em uma determinada relação baseada no cuidado e afeto. É nessa relação que se estabelece o lugar onde cada um constitui-se e conseqüentemente desenvolve-se enquanto sujeito. “Partimos, portanto, do princípio de que ‘não há uma definição única de família, na forma de um modelo de ‘família ideal’ [...] Há famílias e famílias [...]” (SZYMANSKI, 2010 *apud* MEDEIROS, 2014, p. 279).

Luna (2016), destaca que diversos fatores contribuem para as mudanças na estrutura e transformações nas formas familiares e na representação dessas relações na família, como por exemplo: “elevando números de desemprego, aumento de separações, divórcios, ingresso acentuado das mulheres no mercado de trabalho, controle da natalidade, crescimento do número de famílias cuja mulher é a pessoa de referência, etc.” (LUNA, 2016, p.5).

Zola (2015, p. 51), complementa com outros indicadores, que vem contribuindo com os novos arranjos familiares:

o aumento do número de divórcios ou separações; o aumento de filhos fora do casamento; casamentos em idade mais tardia; permanência de filhos com mais idade na casa dos pais; o nascimento de filhos com idade mais avançada da mulher. Esses fatores, por sua vez, vão configurando diversas formas de organização familiar, como famílias nucleares, extensas, reconstituídas depois do divórcio, casais homoafetivos, unipessoais, monoparentais, estas últimas, em especial, compostas por mães e seus filhos.

Dessa forma, podemos dizer que várias transformações ocorreram nas sociedades que contribuíram para o surgimento de novas formas de família. Entretanto, tais mudanças têm recorte na vida econômica, social e cultural da sociedade, gerando altos índices de desigualdade social, afetando as condições de sobrevivência das famílias.

No entanto, compreender a família na contemporaneidade implica a referência aos laços cada vez mais difíceis e esgarçados por interferências sociais, seja pelas condições de trabalho e renda, escolaridade, assistência social, saúde, violência, questão de gênero, e que configuram as expressões da questão social se desenvolvendo de modo mais evidente no contexto familiar que será abordado no item que segue.

1.2 Relações familiares: as expressões da questão social no âmbito familiar na sociedade brasileira

Entende-se que família se refere a um conjunto de pessoas que possuem laços de consanguinidade e/ou de afetividade. Conforme a discussão do item anterior, as configurações dos arranjos familiares, acompanham a dinâmica da sociedade. “Surgiram novas necessidades, e os papéis dos membros familiares também se modificaram e evidenciaram hoje a multiplicidade de formas que as famílias podem assumir” (DORNELLES, 2018, p.2). Conforme o estudo de Dornelles (2018, p.2), a família é composta por sujeitos que compartilham durante a vida um cotidiano de relações, seja com proximidade ou à distância. “[...] Ressalta-se que, mesmo sendo na família que se estabelecem os primeiros vínculos afetivos, por diversos fatores, neste meio também ocorrem conflitos e situações de violação de direitos”, que serão compreendidos no processo social.

“Os sujeitos não são livres para escolher a qual classe social pertencem e, tendo em vista que compõem a classe trabalhadora, sobrevivem com a exploração de sua força de trabalho” (DORNELLES, 2018, p.8). Assim sendo, na sociedade capitalista, a questão social se expressa de muitas formas no cotidiano das famílias. No que diz respeito à questão social, esta constitui-se como:

O conjunto das expressões de desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2012, p. 27).

As origens da questão social são imanentes à organização social capitalista (IAMAMOTO, 2015). Com o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, ocorre o crescimento econômico, e por consequência resulta na contradição, acúmulo de riqueza x produção de miséria, geradas a partir desse modo de produção. Desta maneira, pode-se entender essas contradições contribuem para que as famílias, vivenciem em seu cotidiano as mais diversas expressões da questão social, tais, como destaca Cronemberger e Texeira (2013, p.14) a exclusão e a vulnerabilidade social.

Em seus estudos, Cronemberger e Texeira (2013) afirmam que a exclusão leva em conta diversas situações marcadas pela falta de acesso aos meios de vida, tais como: “falta de emprego, de salários, de propriedades, de moradia, de um nível mínimo de consumo; ausência ou dificuldades [...] a educação, a cidadania, a bens e serviços públicos básicos” Cronemberger e Texeira (2013, p.15).

Em relação à vulnerabilidade social, Cronemberger e Texeira (2013), afirma que vai além da questão da renda, são exemplos da vulnerabilidade social a fragilização de “vínculos afetivos, tanto os relacionais como os de pertencimento, decorrentes também das discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências” (CRONEMBERGER; TEXEIRA (2013, p.15), dentre outras. Segundo Yazbek (2001, p.15):

Vulneráveis são as pessoas ou grupos que, por condições sociais, de classe, culturais, étnicas, políticas, econômicas, educacionais e de saúde, distinguem-se por suas condições precárias de vida. O que implica: suscetibilidade à exploração; restrição à liberdade; redução da autonomia e da autodeterminação; redução de capacidades; fragilização de laços de convivência; rupturas de vínculos e outras tantas situações que aumentam a probabilidade de um resultado negativo na presença de risco.

Petrini (2003), afirma que à medida que a família encontra dificuldades para cumprir satisfatoriamente suas tarefas básicas de socialização e de amparo aos seus membros, criam-se

situações de vulnerabilidade. A vida familiar para ser efetiva e eficaz depende de condições para sua sustentação e manutenção de seus vínculos.

A situação socioeconômica é o fator que mais tem contribuído para o esfacelamento da família, repercutindo diretamente e de forma vil nos mais vulneráveis desse grupo; os filhos (crianças sem creche, escola; adolescentes, jovens sem expectativas), os idosos, as pessoas com deficiência, os sem trabalho (GOMES; PEREIRA, 2005, p.360).

A família na sociedade é constituída e convive com as mais variadas expressões cotidianas da questão social tais como os indivíduos experimentam no trabalho, na renda, na moradia, na saúde, decorrente das desigualdades geradas historicamente. Dorneles (2018, p.2), afirma que a “família é [...] um grupo de sujeitos que, cotidianamente, vivenciam as diversas expressões da questão social”.

Diante da precarização dos vínculos de trabalho famílias inteiras são afetadas, sem posto de trabalho, crianças são empurradas para o trabalho infantil, mulheres investem no trabalho, não para complementar renda, mas, como principal responsável pelo orçamento doméstico. Entre as famílias pobres essa realidade é constante agravada pela baixa qualificação, analfabetismo, a suscetibilidade de doenças constitui no cotidiano dessas famílias grandes dificuldades para sobreviver, ainda mais para manter atendidos e protegidos os seus membros. Contudo, essas famílias convivem com graves conflitos relacionais e enfrentam o desafio da (des) proteção social do Estado.

As expressões da questão social são consideradas o objeto de intervenção de assistente social, atuando o profissional com as manifestações e refrações das desigualdades em meio à sociedade capitalista consolidada e madura (NETTO, 1996). Desse modo, confronta-se cotidianamente com as manifestações mais dramáticas desse processo no nível dos indivíduos sociais, seja em sua vida familiar.

É evidente que o assistente social ao atuar mediante as políticas sociais, no enfrentamento das expressões da questão social, estará trabalhando com famílias, como afirma Melo (2012, p. 12), “é inegável que o Serviço Social tem um compromisso ético, político e cultural com as famílias”. Assim, durante o cotidiano de trabalho de Assistente Social, encontram-se múltiplas expressões da questão social recorrentes e relacionadas à família.

Na área da assistência social, as demandas familiares são predominantemente relacionadas a famílias afetadas pela pobreza, vulnerabilidade, a precária inserção no mercado de trabalho, o trabalho temporário, sem vínculo, sem garantia de direitos, barateado, entre outras expressões das desigualdades (FÁVERO, 2001). Muitas vezes sobrevivem com uma renda

inferior, que não dá conta de garantir o mínimo necessário para suprir as necessidades básicas dos seus membros, ao mesmo tempo, em que estão desprotegidas de seus direitos perante um Estado que não garante a efetividade de serviços. Sob esta ótica, Fávero (2001) posicionou-se da seguinte forma:

As difíceis condições de trabalho, a baixa remuneração percebida e a ausência de renda mostram a face mais violenta de suas condições de vida, notadamente se forem analisadas em relação aos parâmetros da renda necessária para uma família viver com o mínimo de dignidade (FÁVERO, 2001, p.90).

Candeia (2016, p.46), afirma que as famílias atendidas na assistência social “[...] em sua maioria, vivem em situação de pobreza e vulnerabilidade social e a principal fonte de renda que declaram ter é a do programa Bolsa Família (PBF) ou uma renda extra, adquirida através de biscates ou “bicos”, sendo ambas irrelevantes”, para o atendimento das suas necessidades. Ainda em seus estudos, destaca que, em sua maioria são famílias do tipo extensas, devido à quantidade de filhos e parentes, vivendo no mesmo domicílio. “Com relação à chefia domiciliar [...] observa-se que há um grande quantitativo de famílias chefiadas por mulheres” (CANDEIA, 2016, p.47).

O Serviço Social igualmente atua na rede de serviços e proteção à família, trabalha no campo sociojurídico, que segundo Valente (2008, p. 99) é formado por:

Varas de Infância, Juventude e Família, Órfãos e Sucessões, Execuções Penais, Central de Penas Alternativas, Ministério Público, Delegacias de Polícia especializadas, Defensorias Públicas, Escritórios de Práticas Jurídicas e, ainda, instituições que aplicam medidas protetivas (abrigos) ou socioeducativas (adolescentes infratores), presídios, Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos.

Borgianni (2004, p.44-45) acrescenta, que o Sociojurídico “[...] é toda nossa intervenção [de assistentes sociais] com o universo do jurídico, dos direitos, dos direitos humanos, direitos reclamáveis, acesso a direitos via Judiciário e Penitenciário”. O campo do sociojurídico é amplo e abrange múltiplas expressões da questão social, Irineu (2018, p.6) destaca o “processo de destituição do poder familiar e adoção”.

O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2014, p.19-20), lista diversas expressões da questão social, guarda ou destituição do poder familiar; disputas patrimoniais e de renda nas ações de interdição civil ou de tutela; banalização da interdição; demandada para o acesso a benefícios sociais; interdição de pessoas com transtorno mental ou deficiência intelectual; 'negligência' contra crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência

ou com transtorno mental; torturas a população institucionalizada (aprimorada); abrigo e interdições banalizadas de idosos; encarceramento de adolescentes; violência contra a mulher; maus-tratos contra crianças, adolescentes e pessoas idosas.

Na área da Educação, as escolas possuem uma dinâmica própria, logo, contextualizar a escola como locus de atuação profissional supõe “desvendar, observar e analisar criticamente as características organizativas, políticas e culturais da escola como espaço social, coletivo, educativo e de cidadania” (AMARO, 2017, p. 21).

Machado (2022), na pesquisa intitulada “As expressões da “questão social” no âmbito escolar: contribuições do Serviço Social”, buscou identificar e analisar as expressões da “questão social” no âmbito das escolas, as profissionais que participaram da pesquisa elencaram inúmeras expressões, as mais recorrentes foram:

desemprego, consumo, fragilidade nos rendimentos da família, vínculos informais de trabalho, tráfico, violência, falta de compreensão da função social da escola, problemas de saúde, correlação de forças políticas, falta de capacitação profissional adequada, exclusão social, negação de direitos, evasão, repetência, desistência, ausências/faltas, relações sociais entre professor e aluno, questões familiares, falta de estrutura escolar, falha na rede de proteção, falsa inclusão, negação de vagas, questão urbana/poluição, falta de habitação/segurança/lazer, situação de rua, fome, negligência/maus-tratos e abandono. (MACHADO, 2022, p. 472-473)

No âmbito da Saúde, parte do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos, reconhecido na Constituição Federal de 1988. Em um contexto de desigualdade social, isso se reflete nos limites do acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, na garantia do atendimento com base nos princípios que regem o sistema de saúde brasileiro: a universalidade, a integralidade e a equidade.

Pereira e Guimarães (2015, p.94), apresenta algumas das expressões da questão social, mais recorrentes na vida dos usuários da política de saúde, são eles:

Preconceito, estigma, vulnerabilidade social, baixa renda ou pobreza – que envolve falta de moradia ou situações de moradia precária, falta de locomoção ou transporte, falta de alimentação, dentre outros –, baixa escolaridade, relações de emprego precário ou desemprego, violência de vários tipos, isolamento ou abandono familiar e até mesmo uso de álcool e outras drogas.

As situações de vulnerabilidade social “caracterizada pela vida em condições adversas, esfacelando ou ainda impedindo laços de convivência social e familiar, levando ao abandono,

ausência de cuidados e dos vínculos relacionais, devido ao cotidiano de luta pela sobrevivência” (CRONEMBERGER; TEXEIRA (2013, p.17).

Em face dessa vivência de privações, acaba refletindo no desafio de enfrentar situações diversas da vida, carências materiais e financeiras e conflitos relacionais, entre estes, que refletem na necessidade do acompanhamento hospitalar diante do adoecimento de algum de seus membros. Uma parcela significativa dos usuários dos serviços públicos de saúde não tem o acompanhamento hospitalar, ou têm dificuldades quando acionado, mesmo com o direito garantido. A proteção do Estado é fundamental para manter e garantir o direito, é papel das políticas públicas prover atendimento articulado com a rede de proteção social.

CAPÍTULO 2 - MARCO LEGAL E POLÍTICA DE SAÚDE REFERENTE A FAMÍLIA E RESPONSABILIDADES FAMILIARES NO BRASIL

2.1 Marco legal e política de saúde atinentes à família

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988), reconhece a pluralidade de arranjos familiares e, consagrou:

A chamada família constitucionalizada passando a ser configurada por dois aspectos fundamentais: a) qualquer grupamento humano baseado no afeto pode ser considerado (e protegido) como família, independentemente de os membros serem ligados pelo casamento ou por laços consanguíneos; b) todos os membros da família, independentemente do gênero, da idade ou das escolhas de vida, merecem ser respeitados, protegidos e ter suas potencialidades saudavelmente desenvolvidas no espaço familiar (SOUSA; WAQUIM, 2015, p.78).

Além disso, a CF/1988 se ocupou em prever uma série de princípios com profundos reflexos para o Direito das Famílias. Em seu capítulo, Art. 226, afirma que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”. Assim, as famílias, são sujeitos de direitos sociais, conforme a Constituição Federal de 1988 indica, no Art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Conforme Fleury e Ouverney (2008, p.1), ao entender a política de saúde como um direito social, “à saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos”. Entretanto, o direito à saúde, nem sempre foi considerado um direito de cidadania, antes da Constituição Federal de 1988, os serviços de saúde atendiam basicamente às necessidades das famílias de maior poder aquisitivo e muitos tinham acesso por meio da filantropia.

As conquistas da democracia em 1985 possibilitaram a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual participaram grupos de profissionais da saúde, preocupados com a saúde pública, desenvolveram teses e integraram discussões políticas.

Pela primeira vez na história, foi possível a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileiro. Essa conferência foi tão importante pois desde o seu tema – “saúde como direito de todos e dever do Estado” – teve como resultado uma série de documentos que basicamente esboçaram o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (MERELES, 2019, p.2).

A conferência ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil, propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde com melhores condições de vida, além de fazer menção à saúde preventiva, à descentralização dos serviços e à participação da população nas decisões. As propostas da Reforma Sanitária e o relatório da conferência, “resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (PENSE SUS, 2021, on-line).

A Constituição Federal de 1988:

Incluiu a saúde como parte da seguridade social, que compreende um conjunto integrado e ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. É um conceito estruturante das políticas sociais, cuja principal característica é prezar pela garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado (POLITIZE, 2020, on-line).

Assim, conforme o Artigo 196 da Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e um dever do Estado. Os princípios da integralidade e da universalidade, são o que mais diferenciam o novo sistema em relação ao passado: garante-se o acesso universal e igualitário a toda a população. A saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, “não se excluindo, entretanto, a possibilidade da iniciativa privada, para o qual foi reservado um papel complementar”. (CASTRO; RIBEIRO, 2019, p.29). A Constituição ainda determina que o sistema de saúde pública deve ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil.

Com o engajamento de diversos grupos no movimento sanitário e com a implementação da Constituição Federal Brasileira de 1988, foi pensado um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal à saúde, passando a ser dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. Assim, a partir da Lei 8.080 de 1990, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que deve garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Os princípios do Sistema Único de Saúde são a universalização, equidade e integralidade, sendo os serviços descentralizados.

Respectivamente, a universalização a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. A equidade, diz respeito a todas as pessoas possuírem direito aos serviços, entretanto, os sujeitos possuem necessidades distintas. Já a integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para “assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A Carta de direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009, tem como objetivo apresentar os direitos de acesso ao sistema de saúde, em seis princípios: 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.; 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Destaca-se, o terceiro princípio: “Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”, em seu inciso IV, destaca o direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha:

Nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas. (CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS, 2011, p.11).

A Portaria nº 1.820/2009, regulamenta e estabelece esse direito, com base:

No inciso II, do parágrafo único, do art. 87 da Constituição, e considerando os arts. 6º e 196 da Constituição Federal; Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003, do Ministério da Saúde; e Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007 (CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS, 2011, p.5).

Durante a internação, a Legislação Brasileira assegura o direito ao acompanhante em situações específicas, como: Gestantes (Leis nº 8.069/90 e 11.108/05); Idosos (Lei nº 10.741/03 – Estatuto do Idoso); Pessoas com Deficiência (Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência); Crianças e Adolescentes (Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente). Conforme o Boletim de Serviços do HULW (2015, p.10), “pacientes puérperas, indígenas [...] têm direito a um acompanhante em tempo integral, e para os pacientes recém-transplantados o período será de 7 dias após o transplante”. Além desses casos, pacientes com comprometimento físico e/ou psíquico também têm direito à presença de acompanhante desde que haja justificativa médica.

O acompanhante é de livre escolha do usuário, podendo ser um familiar, amigo ou cuidador, que seja maior de idade, civilmente capaz e não pertença a nenhum grupo de risco. Apenas quando se trata de internação de um paciente que é menor de idade, determina-se que o acompanhamento deve ser feito por um dos pais ou pelo responsável. “Os acompanhantes [...] têm o papel de trazer conforto, alegria, tranquilidade e boas notícias ao paciente, e devem contribuir para o bem-estar e melhora dos pacientes” (Boletim de Serviços do HULW, 2015, p.11). O serviço de saúde torna-se o responsável por disponibilizar recursos, como por exemplo, refeições e acomodações para que o acompanhante possa estar presente durante a internação.

Estudos apresentam resultados acerca dos benefícios no acompanhamento hospitalar, Regeanini (1973 *apud* SHIOTSU e TAKAHASHI, 2000, p. 100) considerou que a “doença por si constitui um trauma psíquico para o paciente, que é acentuado pelo medo da morte, da incapacitação física, do abandono de suas atividades e de seu lar no caso de hospitalização”, e a presença da família junto ao paciente ajuda a minimizar os temores e inseguranças ocasionados pela ruptura brusca de sua rotina, possibilitando um suporte emocional necessário para que se recupere o mais rapidamente possível.

A importância da presença da família foi referida também por Takito (1985 *apud* SHIOTSU e TAKAHASHI, 2000, p. 100), “que encontrou junto aos pacientes, respostas como “não gosto daqui porque não posso ver minha família”. Frente a isso, ela considera importante analisar a questão, rever normas e rotinas para proporcionar um ambiente confortável, que favoreça a sua recuperação”.

Durante o acompanhamento hospitalar o familiar é visto não só como agente cuidador, mas como potente facilitador da evolução clínica e reinserção social do usuário. Portanto, a sua participação nessa fase deve ser reconhecida, incentivada e discutida coletivamente durante o processo da internação. (SANCHES, 2013, p.68). É extremamente eficaz a permanência do acompanhante no período de internação no que diz respeito ao apoio emocional que este pode

proporcionar ao paciente, que está passando por um momento crítico da sua vida, o acompanhante pode contribuir não só afetivamente, mas também na prestação de alguns cuidados pessoais em benefício do paciente.

Angeloet *al.* (2014), comentam que “no meio hospitalar a família é muitas vezes esquecida ou ignorada, ou se é lembrada, é apenas vista como um recurso para o cuidado”. Opondo-se a essa condição, há de se considerar que a família deve ser parte integrante da intervenção em saúde e em todos os contextos da assistência, o que aponta para a relevância entre o cuidado ao indivíduo e as expressões da questão social no contexto familiar, como fator indispensável ao cuidado integral da pessoa.

2.2 Reflexões em torno das responsabilidades familiares no Brasil

O reconhecimento da importância da família no contexto da vida social está explícito no artigo 226 da Constituição Federal do Brasil, quando declara que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”. Entretanto, as famílias têm sido cada vez mais requisitadas pelo Estado a assumir o papel de responsável na gestão de segmentos como criança e adolescente, idosos, pessoas com deficiência, conforme estabelecido em alguns estatutos, onde é “dever da família, da comunidade, da sociedade civil e do Estado, assegurar atendimento e garantia de direitos dos mesmos” (WIESE; SANTOS, 2009, p.5-6).

Em seus estudos, Mito (2003, p.3), apresenta duas perspectivas em relação às discussões no âmbito das políticas sociais. A primeira “defende a centralidade da família, apostando na sua capacidade imane de cuidado e proteção. Portanto, vê a família como o centro do cuidado e da proteção por excelência”. A segunda perspectiva, mostra que “a capacidade de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidos através das políticas sociais, especialmente das políticas públicas”.

Na primeira perspectiva, a compreensão da centralidade da família, Mito (2003) chama atenção para a tendência do “familismo”, “este é representado nos sistemas de proteção social em que o Estado considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade por seu bem-estar, resultando em menor provisão por sua parte” (ESPING ANDERSEN, 2000, *apud* MIOTO, 2008, p.135-136). Mito (2010, p.169), amplia a discussão do familismo a partir da afirmação de que:

Está fundada prioritariamente na premissa que existem dois canais “naturais” para satisfação das necessidades dos cidadãos: o mercado (via trabalho) e a família. Somente quando falham esses canais é que o Estado intervém, e de forma temporária. A construção histórica dessa relação foi permeada pela ideologia de que as famílias, independentemente de suas condições objetivas de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros (MIOTO, 2003, p.5).

Desse modo, remete a ideia de autonomia, e assim, em responsabilizar no âmbito privado os indivíduos sociais pela sua condição de sobrevivência diante das desigualdades sociais produzidas socialmente, com ajuda mínima e menor elegibilidade no âmbito da provisão das necessidades sociais, numa perspectiva de política pública compensatória e transitória, correspondendo à menor provisão de bem-estar por parte do Estado. A segunda perspectiva está:

Ancorada na premissa, de que a centralidade da família, no âmbito da política social, e a superação da focalização, repousam no pressuposto de que para a família proteger é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para a proteção. Nesse sentido, a categoria de referência para a formulação da política de Assistência Social seriam as necessidades das famílias. Dentro delas se incluem àqueles referentes ao exercício do cuidado cotidiano de seus membros, especialmente as crianças, adolescentes, idosos e doentes (MIOTO, 2003, p.5).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo que as famílias têm direito à proteção do Estado, as famílias devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros. Mioto (2003, p.4) destaca que, “nessa perspectiva a família na sociedade brasileira hoje, mais que ser reconhecida como instância de cuidado e proteção, deve ser reconhecida como instância a ser cuidada e protegida, enfatizando a responsabilidade pública”.

Contudo, diante da dubiedade das requisições do Estado, a família atualmente tem sido cada vez mais requisitada pelo mesmo através das políticas sociais para assumir responsabilidades enquanto dever dos cuidados em saúde dos seus entes. “Mesmo com o reconhecimento do Estado como provedor da saúde, os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros” (PEREIRA, 2006, p.29).

Entretanto, a internação hospitalar, constitui um desafio quanto à efetiva permanência de um familiar no acompanhamento hospitalar, pois isso nem sempre se torna possível devido às circunstâncias, por exemplo: a saída do mercado de trabalho afim de maior disponibilidade aos cuidados diários do paciente, queda na renda, afastamento temporário do convívio social e

familiar diante da necessidade de sobrevivência em precárias formas de trabalho (RODRIGUES, 2014).

Na maioria das vezes, as instituições como os hospitais, estão estruturados predominantemente, para atender e requisitar o acompanhamento de usuários internos que integram famílias que possuem um mínimo de condições de acompanhar os seus entes ao criar diversos arranjos e com grandes dificuldades para se integrar ao tratamento dos familiares, recaindo sobre os profissionais os desafios que advêm das expressões da questão social demandados pela sociabilidade concernente à esfera familiar. Nesse contexto, a lógica institucional, ou seja, o Estado se restringe ou está deficitário quanto a lidar quando à necessidade com a família envolve as expressões da questão social evidenciada e presente no grupo familiar.

De acordo com Mioto (1994):

As políticas sociais não incluem a ideia da família como uma totalidade: ao contrário, sendo implementadas em função de indivíduos. Elas não incluem nenhuma previsão dos impactos que terão sobre as famílias e nas suas avaliações também não são consideradas indicadores de análise sobre os efeitos que as políticas têm na vida familiar.

No entanto, para o atendimento integral à saúde, através das políticas sociais, previstas constitucionalmente como dever e responsabilidade do Estado, as necessidades sociais das famílias são demandadas, estando fragmentadas no atendimento. As famílias não podem ser requisitadas apenas como estratégia dessas políticas. As políticas sociais não respondem às necessidades das próprias famílias dos usuários atendidos enquanto processo de inclusão e proteção social. Portanto, por estas razões cotidianas verificadas no âmbito institucional e profissional concernente às problemáticas da esfera familiar, estas passam a ser centrais no enfrentamento, pois assim como o usuário, a família precisa ser protegida, seja por meio dos benefícios sociais ou previdenciários ou serviços e renda. Esse é um processo delegado ao Estado e sabe-se ser anterior ao internamento nos hospitais.

2.3 O trabalho com famílias no âmbito das políticas sociais e o Serviço social

De acordo com Carvalho (2002), são várias as dimensões requisitadas socialmente entre a família e as políticas públicas na proteção dos indivíduos sociais. Para a autora, trata-se da

compreensão dos papéis, “da família tida como do âmbito privado, para a esfera pública”. Afirmar Carvalho (2002, p. 267). “[...] A primeira dimensão diz respeito ao fato de que o exercício vital das famílias é semelhante às funções das políticas sociais: ambas visam dar conta da reprodução e da proteção social dos grupos que estão sob sua tutela”.

Para Carvalho (2002, p.267), “se nas comunidades tradicionais, a família se ocupava quase exclusivamente dessas funções, nas comunidades contemporâneas elas são compartilhadas com o Estado pela via das políticas públicas”.

Nesse contexto contemporâneo, de acordo com Carvalho (2002), pode-se afirmar que família e políticas públicas têm responsabilidades imprescindíveis ao desenvolvimento e para a proteção social dos indivíduos.

No entanto, é possível identificar as situações de vulnerabilidade social das famílias, de desproteção, de ausência de atendimento de necessidades sociais pelo Estado, e assim não possuem condição objetiva e subjetiva de pertença.

Afirmar Carvalho (2002, p. 274), não se pode, porém, garantir esse potencial protetivo sem o papel do Estado que é anterior às condições de vulnerabilidades sociais das famílias. Na saúde, a família, é sujeito coletivo que opera nas condições de saúde de seus entes “[...], mas não basta alçá-la a parceria. É preciso produzir saúde para e com a família”.

A CF/1988, aprovada em 5 de outubro, pode ser considerada como um dos resultados das lutas políticas travadas por movimentos sociais e partidos políticos que buscavam a valorização do indivíduo e a ampliação de seus direitos sociais. Com a Constituição de 1988, construiu-se uma ruptura histórica, “[...] desaguadouro de um longo processo de luta pela redemocratização do país. [...] Proclamava o estabelecimento de um Estado democrático reconhecedor de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais” (IPEA, 2008, p.19), assim, passa a ficar claro o dever do Estado em prover os serviços sociais básicos, saúde, educação de qualidade e previdência social (BRASIL, 1988, Art. 6º, Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).

Entre os avanços da Constituição de 1988 na determinação da responsabilidade estatal em função da necessidade de proteção social dos cidadãos, pode-se destacar:

- i) a instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social, articulando e integrando as políticas de seguro social, assistência social e saúde; ii) o reconhecimento da obrigação do Estado em prestar de forma universal, pública e gratuita, atendimento na área de saúde em todos os níveis de complexidade; para tanto, o texto constitucional prevê a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão descentralizada e participativa; iii) o reconhecimento da assistência social como política pública, garantindo direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, e direito a

uma renda de solidariedade por parte de idosos e portadores de deficiência em situação de extrema pobreza; iv) o reconhecimento do direito à aposentadoria não integralmente contributiva (ou seja, parcialmente ancorada em uma transferência de solidariedade) dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar; e v) o reconhecimento do seguro-desemprego como direito social do trabalhador a uma provisão temporária de renda em situação de perda circunstancial de emprego (SENNE, 2017, p.10).

A Constituição Federal de 1988 trouxe uma nova concepção para a Assistência Social, incluindo-a na esfera da Seguridade Social: “Art.194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL, 2003, p. 193.) A Política de Assistência Social é inscrita na CF/88 pelos artigos 203 e 204:

Art.203 A Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
 I- A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 II- O amparo às crianças e adolescentes carentes;
 III- A promoção da integração ao mercado de trabalho;
 IV- A habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
 V- A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.
 Art.204 As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art.195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:
 I-Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;
 II-Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis. (BRASIL, 2003, p. 130)

A Constituição de 1988, referentes à política social, acaba por afastar o modelo meritocrático-conservador do sistema brasileiro de proteção social, e aproximando-o do modelo distributivista, voltado para a proteção social, dos riscos impostos pela economia de mercado. “[...] afirma-se o projeto de uma sociedade comprometida com a cidadania substantiva, que pretende a igualdade entre seus membros – inclusive por meio da solidariedade implícita na própria forma de financiamento dos direitos assegurados” (IPEA, 2008, p.32).

Contudo, vale salientar que nesses 33 anos de Constituição houveram avanços e retrocessos, onde as políticas neoliberais têm provocado um acelerado processo de destruição das conquistas obtidas em 1988. Para Pastorini (2002), o neoliberalismo considera que os gastos

com as políticas sociais são um peso para os cofres públicos. Assim sendo, representa um retrocesso nos direitos sociais, já que esta concepção tem como proposta o enxugamento do Estado na execução das políticas públicas. Estas, por sua vez, “atendem aos interesses do capital do que do público-alvo prioritário das políticas” (CHAVES e GEHLEN, 2019, p. 291), assim, transfere a responsabilidade de executá-las para a sociedade civil e o terceiro setor.

O neoliberalismo tem sido responsável pela redução dos direitos sociais:

Ao longo desse período, propagou-se o discurso da necessidade de redução da atuação do Estado, prevalecendo a ideia de um mercado máximo e consolidando a concepção dominante de que o Estado não deve agir orientado pelos princípios e regras de justiça social. O resultado dessa lógica se expressa em uma profunda regressão no âmbito da proteção social e um aumento vertiginoso da precarização do trabalho, que vem intensificando a ampliação da pobreza, dificultando o acesso a renda e aprofundando as desigualdades sociais (CHAVES e GEHLEN, 2019, p. 291).

Este contexto, influencia as funções sociais das famílias, “tais como a responsabilidade de apoiar e proteger todos os seus membros expressas nas políticas sociais” (CUNHA, 2017, p.6), como por exemplo, na Política Nacional de Assistência Social que identifica como função básica da família “prover a proteção e a socialização de seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado” (PNAS, 2004, p.29).

Entretanto, é importante destacar, que as famílias podem não alcançar a efetivação das funções sociais. De acordo com a Política Nacional da Assistência Social (PNAS) (2004, p.29) “O importante é notar que esta capacidade resulta não de uma forma ideal e sim de sua relação com a sociedade, sua organização interna, seu universo de valores, entre outros fatores”. Conforme enfatiza a PNAS, a efetivação das funções sociais das famílias varia de acordo com a maneira que a família está vinculada à sociedade, com ela mesma e com os seus valores, assim, “não existe uma forma ideal para a efetivação das funções sociais da família” (SILVA, 2008, p.6).

Conforme Carvalho (2002, p. 268):

Estado e a família desempenham papéis similares, em seus respectivos âmbitos de atuação: regulam, normatizam, impõem direitos de propriedade, poder e deveres de proteção e assistência. Tanto a família, quanto Estado funcionam de modo similar, como filtros redistributivos de bem-estar, trabalho e recursos. Nesse contexto, pode-

se dizer que família e políticas públicas têm funções correlatas e imprescindíveis ao desenvolvimento e à proteção social dos indivíduos.

No entanto, para que a família cuide e proteja os seus, é necessário que tenham condições básicas para isso. “Quando a família em seu cotidiano de vida depara-se com dificuldades para suprir as suas necessidades básicas e a de seus membros, verifica-se que esses sujeitos não estão acessando os seus direitos sociais, ou, se os acessam, isso vem ocorrendo de maneira precária (MIOTO, 1997 p. 121).

Porém quando a maneira como elas sobrevivem ocorre de forma precária, cabe ao “Estado apoiar a família em seu papel parental” (RIZZINI *et al.*, 2007, p. 22). Através da inserção das famílias na política social, seja por meio de programas, projetos, benefícios e serviços que visam fornecer os meios necessários, inclusive renda e serviços socioeducativos e assistenciais, para que haja, efetivamente, a manutenção das necessidades básicas das famílias.

Silva (2008, p.6), acrescenta, que “quando a família não consegue cumprir sua função social aparecem as demandas para o Serviço Social, porém devemos ressaltar que nem todas as demandas são criadas pela família, às vezes elas estão na sociedade e impõe seu reflexo na família”.

Na implementação de políticas sociais no contexto institucional, através do trabalho multiprofissional, o Assistente social se depara com essas demandas na saúde, suas implicações e contradições.

Iamamoto, (1997, p. 14), define o objeto do Serviço Social:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social.

No trabalho de Assistente Social apresentam-se demandas que condensam diferentes expressões da questão social e são convocados a nelas intervirem de forma competente e propositiva, buscando compreender o contexto da totalidade onde são produzidas. Desse modo, é importante conhecer o contexto em que essas expressões surgem e se manifestam, levando

em consideração que a questão social é expressão da desigualdade social e que o seu enfrentamento leva à projeção de formas de resistência e defesa da vida (IAMAMOTO, 2012).

É essencial para o assistente social em sua atuação, reconhecer as singularidades das famílias, suas histórias de vida, suas experiências sociais, pois isso é condição para o compromisso real com a efetivação dos direitos humanos e sociais.

O conhecimento das condições de vida dos sujeitos permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que, iluminadas por uma perspectiva teórica crítica, possibilitam apreender e revelar as novas faces e os novos meandros da questão social, que desafia a cada momento o desempenho profissional: a falta de atendimento às suas necessidades na esfera da saúde, da habitação, da assistência; nas precárias condições de vida das famílias; na situação das crianças de rua; no trabalho infantil; na violência doméstica, entre inúmeros outros exemplos (SALES; MATOS; LEAL, 2009, p. 272).

Para Silva (2008), o Assistente Social busca apreender o significado e o papel da família de modo objetivo no cotidiano institucional por meio das demandas da política social, e do ponto de vista teórico por meio da análise das relações sociais através do pensamento crítico, desvelando a realidade, e analisando as relações de totalidade e principalmente considerando as determinações históricas, para não culpabilizar os sujeitos e nem fazer uma psicologização, da questão social.

Além disso, orienta-se pelos princípios da política pública, marcadamente a intersetorialidade e integralidade entre as políticas de saúde, educação, assistência e habitação, entre outras. Sales; Matos; Leal (2009, p. 273), e acrescenta a importância de:

Zelar pela permanência a médio e longo prazo dos programas e serviços oferecidos, posto que as famílias já vivem múltiplas instabilidades (de trabalho, de domicílio, da rede de suas relações sociais primárias, por exemplo) e não podem ser submetidas também a projetos que não se constituam em políticas de longo alcance, em termos dos recursos necessários e de um tempo viável ao processo de autonomia e de emancipação da família.

A organização e a articulação de serviços é um aspecto fundamental para atender as necessidades das famílias e garantir uma estrutura de cuidado e proteção. Para tanto, consolida o seu trabalho em suas relações com as demais práticas sociais mais amplas, especialmente, articula as condições de acesso e garantia de direitos dos usuários na implementação das políticas sociais, serviços e benefícios. Em cada ação profissional são mobilizados, conhecimentos, saberes e instrumentos de trabalho que buscam alcançar resultados.

CAPÍTULO 3-FAMÍLIA E SERVIÇO SOCIAL: DEMANDAS INTERPROFISSIONAIS NO HOSPITAL

3.1 Contextualização do universo da pesquisa: o Hospital Universitário Lauro Wanderley no acesso à saúde e o Serviço Social no atendimento às famílias

O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) é uma instituição hospitalar pública que implementa serviços em diferentes especialidades, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento à população no estado da Paraíba.

A fundação do HULW ocorreu em 1980, período em que a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) encontrava-se sob o reitorado do professor Lynaldo Cavalcante de Albuquerque, contudo sua construção teve início em 1968, durante os reitorados de Guilardo Martins e o de Humberto Nóbrega (CAVALCANTE, 2020).

A referida instituição se configura como um órgão suplementar da UFPB, *Campus I* – João Pessoa/PB, e atualmente faz parte da rede de hospitais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH é uma empresa pública de direito privado que está vinculada ao Ministério da Educação e gerencia hospitais universitários federais. Assim:

Art. 3º A EBSERH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

O HULW atende todo o Estado da Paraíba e cidades aos arredores, por ser considerado um hospital de grande porte, abrange a média (Ambulatório Profº Antônio Dias dos Santos) e alta complexidade. Atua em 15 linhas de cuidados, que “leva em consideração a articulação de recursos e práticas de produção de saúde orientadas por diretrizes clínicas que objetiva a condução oportuna e ágil dos pacientes pelas possibilidades de diagnóstico e terapia em resposta às suas necessidades de saúde”. São elas: Unidade da visão, Unidade do Sistema Cardiovascular, Unidade Sistema Digestivo, Unidade Sistema Neuro-músculo-esquelético, Unidade Sistema Respiratório, Unidade Sistema Urinário, Unidade Atenção à Saúde da Mulher, Unidade Atenção à Saúde da Criança e Adolescente, Unidade Materno Infantil, Unidade

Oncologia/Hematologia, Unidade Clínica Médica, Unidade Cirurgia Geral, Unidade Atenção Psicossocial, Unidade Saúde Bucal e Unidade Doenças Infecção Parasitárias. “Soma-se ainda uma variedade de exames de Média e Alta-complexidade realizados pelo HULW em: Patologia Clínica, Anatomopatologia e Citopatologia, Radiodiagnóstico, Ultrassonográficos e Diagnose” (PDE, 2018/2020, p.18).

O HULW possui cerca de 280 leitos, em média ocorre 1900 internações por ano, tem aproximadamente 2000 colaboradores. É considerado um hospital-escola, assim abrange o ensino, pesquisa e extensão, recebendo cerca de 1250 estagiários da UFPB e 300 supervisores de estágio de diferentes áreas, por semestre. Inclusive, recebe graduandos de Serviço Social (PDE, 2018/2020).

O Serviço Social, uma profissão inscrita na divisão social do trabalho situada no processo de reprodução das relações sociais, regulamentada pela Lei nº 8662 de 1993. A inserção do Serviço Social, bem como sua legitimação no setor da saúde, ocorre desde a institucionalização da profissão no Brasil.

É válido ressaltar que diante da ampliação do conceito de saúde firmado na Constituição de 1988 e na regulamentação do SUS, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, reconheceu a/o assistente social, como profissionais da saúde. Assim, a/o assistente social caracteriza-se como uma/um profissional que pode estar inserida/o em equipamentos que trabalham com promoção, prevenção e proteção da saúde. Inserida/o nesses espaços, cabe a ela/e refletir sobre o processo saúde-doença contemplando o conceito ampliado de saúde, propondo estratégias que vão além do quadro clínico da/o paciente e analisando os aspectos econômicos, culturais, biopsicossociais, ambientais, dentre outros, que estão diretamente ligados ao processo de adoecimento, contribuindo assim com sua formação específica (CRESS PR, 2019).

Os Assistentes Sociais foram inseridos no HULW em 1979, “décadas anteriores à criação da EBSEH, e, desde então, vivenciou diversas transformações na sua estrutura organizacional até constituir o formato atual em conformidade com o que institui a empresa, ao pertencer à Unidade Psicossocial” (SILVA, 2019, p.75). Até a data da pesquisa, a unidade Psicossocial, possuía 21 assistentes sociais, desses 17 ativos na assistência, 1 na gestão e 3 afastados.

Em relação ao vínculo de trabalho são: 5 Regime Jurídico Único (RJU), 11 EBSEH e 1 contrato temporário. Os empregados públicos vinculados à EBSEH, possuem contratação por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), diferente dos estatutários do Regime Jurídico Único (RJU), regidos pela lei 8.112/90, cuja estabilidade no serviço público é garantida constitucionalmente (BRASIL, 1988, art. 41).

Conforme o Manual Operacional (2019, p.12), o objetivo central do Serviço Social é “desenvolver uma prática profissional ideopolítica, centrada na construção do exercício de cidadania dos usuários”. Afirma também, que a função do Assistente Social é, “Eminentemente, ideopolítica e, como tal, trabalha respeitando a visão de mundo, valores e hábitos dos usuários e dos outros atores institucionais, ainda que considere as contradições inerentes à sociedade capitalista” (MANUAL, 2019, p.12-13).

No HULW, o trabalho do Assistente social está dividido nos setores do Ambulatório, Serviços e as Clínicas. As Clínicas são: UTI Adulto, UTI Pediátrica, Obstétrica, Pediatria, DIP, Médica e Cirúrgica. A Clínica Médica, é uma unidade assistencial para adultos e pessoas idosas (a partir de 18 anos, ou menor casado), oferece internamento 24 horas por dia, 7 dias da semana. Possui 56 leitos, distribuídos em duas alas (clínica médica A e clínica médica B) e 8 especialidades. É referência para o Estado da Paraíba em: gastroenterologia e reumatologia. Também realiza tratamento Clínico multiprofissional, contendo Fonoaudiologia, Assistência Social, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Médicos, Enfermeiros, Terapeuta Ocupacional, Farmacêuticas e Psicóloga. Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais do Serviço Social, da Clínica Médica do HULW.

A Assistente social, entrevistada I, é graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Política e Gestão do Cuidado com ênfase no Apoio Matricial, pelo Núcleo de Saúde Coletiva NESC/UFPB. Especialista em Gestão de Políticas Públicas de Gênero e Raça pela UFPB. Atua na área do Serviço Social, desde 2011, há 4 anos trabalha na Clínica Médica do HULW. A outra Assistente Social, entrevistada II, Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atua na área do Serviço Social, desde 2010, há 4 anos trabalha na Clínica Médica do HULW.

As assistentes Sociais da Clínica Médica, compete:

Atualizar a permanência dos usuários, seguida da verificação das admissões, altas e óbitos no livro de registro da clínica; Contatar a enfermagem para saber das intercorrências; Visitar os usuários, visando o acompanhamento sistemático do processo de internação; Realizar entrevista com os usuários e/ou familiares; Realizar orientações aos usuários e seus acompanhantes; Identificar a demanda de alimentação do acompanhante e preencher a guia de autorização; Receber o usuário e/ou acompanhante por demanda espontânea; Contatar a equipe multiprofissional e administrativa para dar resolutividade às necessidades e demandas dos usuários; Supervisionar estagiários do Curso de Serviço Social da UFPB; Realizar preceptorias junto aos residentes de Serviço Social; Registrar as ações desenvolvidas durante o expediente de trabalho nos instrumentais do Serviço Social (MANUAL, 2019, p.19).

Procedimentos técnico-operacionais do serviço social adotados nas unidades de atendimento no HULW, conforme o Manual Operacional (2019), são: entrevista social, visita ao usuário, visita domiciliar, visita institucional, encaminhamento, orientação, acolhimento/escuta qualificada, acompanhamento social, emissão de documentos, reunião interprofissional, reunião multiprofissional, contato familiar, contato multiprofissional e intraprofissionais, contato institucional, contato administrativo, contato para atendimento extra, grupo de estudo, autorização de visita extra.

De acordo com os “Parâmetros para atuação de Assistente Social na Política de Saúde”, (CFESS, 2010), às competências e atribuições dos assistentes sociais, requisitam do profissional à compreensão do contexto sócio-histórico em que situa sua intervenção, sobretudo, a apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais, o movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento no país e as particularidades regionais e locais.

São essas competências que permitem ao assistente social a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer competências específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano. (CFESS, 2010).

Contudo, o atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica aos serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, sendo que esses últimos ganham materialidade nos hospitais gerais especializados, incluindo os universitários, como o HULW, atendendo as famílias através do SUS. (CFESS, 2010).

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, ações de articulação interprofissional e as ações socioeducativas. Essas ações integram o processo coletivo do trabalho em saúde, cabendo ao profissional de serviço social, dentre as várias competências estabelecidas para o atendimento direto ao usuário, realizar abordagem socioeducativa com a família, o atendimento à família durante o internamento e outros, ou seja, atender ao usuário e sua família por meio de rotinas construídas junto a equipe de saúde, identificando e trabalhando os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários frente às reais configurações sociais e necessidades face às condições de vida. (CFESS, 2010)

Esses são os desafios cotidianos para a atuação dos assistentes sociais do HULW, nas suas diversas inserções e na efetivação das suas atribuições e competências.

3.2 Dinâmica das relações familiares no cotidiano da saúde segundo a experiência profissional de Assistente social

Ao adentrar na perspectiva de análise das relações familiares, e de modo objetivo de famílias atendidas na clínica médica do HULW, via SUS, tendo em vista a problemática do acompanhamento familiar durante a internação, parte-se do entendimento de que são várias as dimensões das relações familiares. Nesse sentido, enfatiza-se:

“A família como expressão máxima da vida privada, é lugar da intimidade, construção de sentidos, e expressão de sentimentos, onde se exterioriza o sofrimento psíquico que a vida de todos nós põe e repõe. É percebida como nicho afetivo e de relações necessárias à socialização dos indivíduos, que assim desenvolvem o sentido de pertença a um campo relacional iniciador de relações incluídas na própria vida em sociedade. É um campo de mediação imprescindível (CARVALHO, 2007, p. 271).

No entanto, em que pese essa percepção do âmbito privado, outra dimensão se relaciona diretamente e está imbricada, sendo neste estudo refletida: a esfera pública, onde e em que são postas crescentes demandas de proteção social das famílias, principalmente por grupos familiares de baixa renda (CARVALHO, 2007).

Refere-se aqui as famílias atendidas nos hospitais públicos e suas necessidades. Pesa as condições de vida e sobre a forma como organizam a existência e enfrentam o desafio da questão da partilha de responsabilidades na proteção social, justificada pela pobreza persistente.

De modo geral, as famílias atendidas no HULW, conforme dados coletados apresentados a seguir, dividem o mesmo universo social: das carências materiais e compartilham os baixos recursos na sobrevivência. O Serviço Social ao atender essas famílias está diretamente presente nas relações entre Estado, família e políticas públicas de segmentos subalternizados da sociedade.

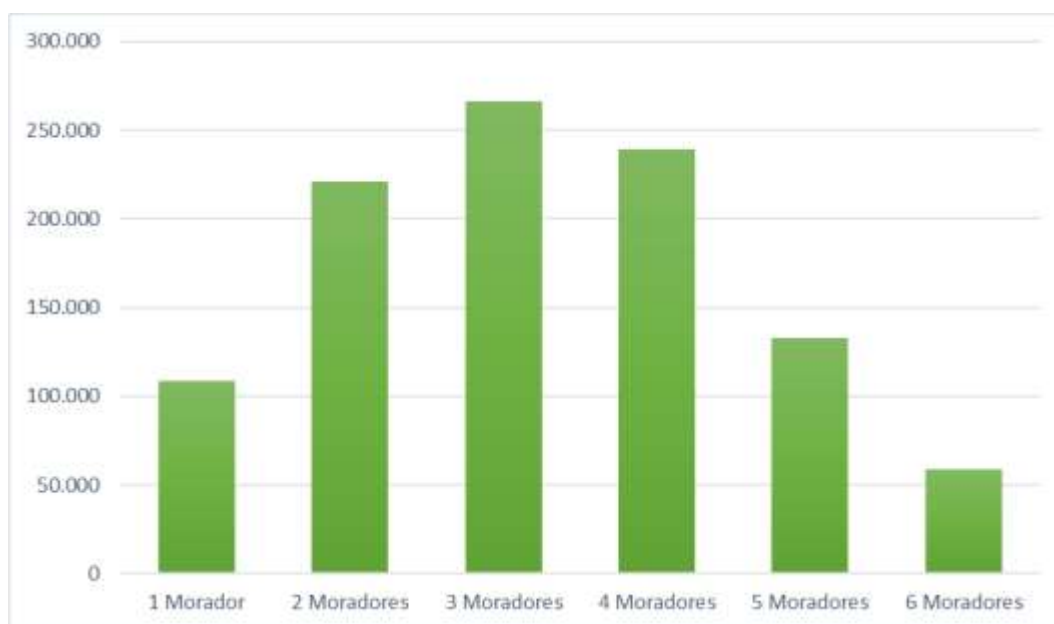
Contudo, a análise deste estudo perpassa o atendimento à saúde no universo de pessoas marcadas na luta pela sobrevivência e em condições familiares de pobreza ou extrema pobreza, sobre o acesso a patamares mínimos de garantias sociais, sobre o universo das questões culturais, sobre as experiências de cuidado e de proteção.

Em conformidade com as informações levantadas na coleta de dados desta pesquisa, com as Assistentes Sociais da Clínica Médica, às famílias atendidas no HULW desenvolvem relações culturais distintas em seus vínculos familiares atuais. Constatou-se que, “[...] *muitas pessoas moram só, inclusive idosos, mas, geralmente, são composições de duas a quatro pessoas, raramente são compostas por cinco ou seis pessoas*”. (Entrevistada I).

Esse dado reafirma a perspectiva, de acordo com (Lorenset, 2012), de que nos últimos anos as famílias passaram por significativas mudanças no que se refere, principalmente, alterações na composição e redução no tamanho, com a diminuição das famílias numerosas, com o aumento do número de divórcios e de recasamentos, regularização da união estável, surgimento dos mais variados modelos de famílias recompostas – monoparentais, nucleares, unipessoais, homoparentais -, maior participação dos integrantes familiares no mercado de trabalho, sobretudo das mulheres, dentre outros.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE de 2010¹, no Estado da Paraíba, vem confirmar a fala da entrevistada, com base no IBGE, tem-se o seguinte dado:

Gráfico 1 - Número de moradores por residência no Estado da Paraíba



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010

Essas transformações estão relacionadas com a dinâmica da renda, do trabalho, urbana e dos indicadores de pobreza nas cidades no Brasil, sendo necessário observar as significativas alterações pelas quais têm acarretado os arranjos familiares, e que implicam em alterações de natureza demográfica, social e cultural. Destacam-se a questão da fecundidade, casamentos, separações, atraso das uniões estáveis e o papel da mulher na família e no trabalho, as quais tiveram importantes efeitos nas relações sociais.

¹ O último censo do IBGE foi divulgado em 2010. A atualização estava programada para acontecer em 2020, mas sofreu atrasos por conta da pandemia de Covid-19 e de cortes orçamentários. A questão da composição familiar até o momento não consta nos dados preliminares divulgados no início do segundo bimestre de 2023.

Embora a constituição de família tradicional burguesa, composta pelo casal e filhos ainda seja considerável, a participação dos arranjos familiares constituídos pela mãe com filhos, pessoas vivendo sozinhas, famílias homoparentais, unipessoais, são manifestações evidentes na sociedade.

Todavia, essas diferentes condições de (re)organização das famílias e seus arranjos revelam aspectos relacionados à situação socioeconômica da população e a cultura. A família é, em primeiro plano, a esfera responsável pela articulação das necessidades sociais e sobrevivência de seus membros e nela são organizadas as necessidades relativas à moradia, alimentação, tratamento de saúde, e outras necessidades. Muitas vezes são formados arranjos familiares que resultam de relações e estratégias engendradas em função da satisfação das necessidades.

Nesta perspectiva, e enquanto outra questão relacionada nesta pesquisa, refere-se às condições socioeconômicas das famílias dos usuários atendidos pelo serviço social na clínica médica do HULW. Com base na entrevista social, as Assistentes Sociais, afirmam que no histórico dos adoecimentos as famílias atendidas têm em comum a experiência da pobreza, com baixos rendimentos. De acordo com a fala, “[...] *a partir de um recorte nas condições socioeconômicas, através da entrevista social, temos – que em sua maioria - os usuários internados na Clínica Médica são de baixa renda: inscritos no CadÚnico e/ou trabalhos informais* (Entrevistada II)”. A entrevistada I, acrescentou que as famílias dos usuários da clínica médica,

[...] são pessoas que têm uma média salarial de um a três salários mínimos, geralmente proveniente de benefícios assistenciais ou previdenciários, o usuário que está internado, às vezes está inativo a algum tempo, muitas vezes são trabalhadores informais [...] tem sido comum usuários fora da CLT, são autônomos, Microempreendedores Individuais, às vezes [...] é o principal ou único provedor, são frágeis as condições socioeconômicas” (Entrevistada I).

Nos aspectos revelados nas falas, as referências quanto à questão do trabalho e renda das famílias em tratamento de saúde são as estratégias ocupacionais precárias de sobrevivência dos trabalhadores, se destaca o trabalho informal e os pequenos comércios como forma de sobrevivência. Um dado importante e que está em evidência, se impondo atualmente quanto às formas de inserção no trabalho para grandes contingentes de trabalhadores é a ideologia do “empreendedorismo”, numa sociedade que não tem emprego como garantia para grande parte da classe trabalhadora, ou a única possibilidade são os programas assistenciais ou aposentadoria.

Segundo o estudo elaborado pelo Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe (PREALC), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o setor informal é:

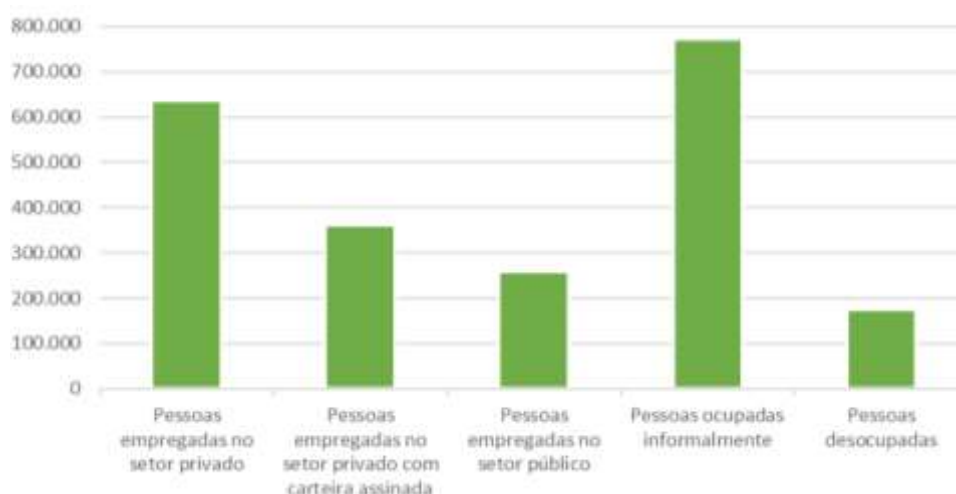
Composto por pequenas atividades urbanas, geradoras de renda, que se desenvolvem do âmbito normativo oficial, em mercados desregulamentados, competitivos e com baixo nível de organização, em que é difícil distinguir a diferença entre capital e trabalho. Estas atividades se utilizam pouco capital, técnicas rudimentares e mãos-de-obra pouco qualificadas, que proporcionam emprego instável de reduzida produtividade e baixa renda (MATSUO, 2009, p.26-27).

De acordo com a caracterização da OIT (2009 *apud* MATSUO, 2009, p. 27), as atividades informais teriam os seguintes elementos:

1. Baixos requerimentos em termos de capital, capacitação e organização; 2. Empresas familiares ou individuais; 3. O aporte de recursos é de origem doméstica; 4. Operações em pequena escala; 5. Sistema produtivo e trabalho-intensivo, apoiado em tecnologia antiquada e adaptada; 6. Mercados competitivos e desregulados; 7. Há facilidade de entrada; 8. A mão-de-obra qualifica-se externamente ao sistema escolar formal.

Segundo Feijó (2010), os trabalhadores informais não são reconhecidos ou protegidos pelas leis ou regulamentações trabalhistas e são caracterizados por um alto grau de vulnerabilidade. “Trabalhar por conta própria é uma alternativa cada vez mais presente no mercado de trabalho” (FEIJÓ, 2010, p. 23). Como pode ser observado no gráfico 2, no Estado da Paraíba, no quarto bimestre de 2022, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAC (2022), existem cerca de 771 mil pessoas trabalhando na informalidade.

Gráfico 2 - Mercado de trabalho no Estado da Paraíba



Fonte: PNADC, 2022

A partir desses fragmentos de falas, percebe-se que os usuários que chegam na clínica médica, são em sua maioria trabalhadores informais ou microempreendedor individual - MEI. A figura do MEI foi institucionalizada pela Lei Complementar nº 128, de 19 de dezembro de 2008.

O objetivo do MEI era tornar os trabalhadores/as informais legalizados/as. O modelo oferece como benefício um registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), enquadramento no Simples Nacional (modelo facilitado de recolhimento de impostos para pequenas empresas), benefícios trabalhistas (previdência, salário-maternidade e auxílio-doença), isenção dos impostos federais e possibilidades para emissão de nota fiscal (MACHADO, 2020, p.100).

Embora o MEI tenha objetivo de formalizar trabalhadores informais e autônomos, ele tem sido constantemente adaptado pelas empresas como um certo substitutivo a outras formas de contratação. “Nesse sistema, os indivíduos são tratados como empresários, colaboradores, *freelancers*, são contratados por projetos ou, até mesmo, em detrimento da carteira assinada, sem os mesmos direitos e com possibilidade de demissão e substituição a qualquer tempo” (MACHADO, 2020, p.100).

Assim, a entrevistada I, acrescenta que:

“Os vínculos de trabalho têm sido mais frágeis, muita gente dependente de benefícios socioassistenciais como Bolsa Família ou BPC, [...] São pessoas que não tem renda e depende da renda do trabalho autônomo, mas estar doente e não poder trabalhar, tem impactado na renda” (Entrevistada I).

Com a precariedade do trabalho e adoecimento de membros da família que provém a renda familiar, resulta nas dificuldades financeiras, assim, os programas de transferência de renda têm por finalidade realizar a redistribuição de benefícios financeiros à população em situação de vulnerabilidade, “acometidas diretamente pelos efeitos negativos da globalização e do capitalismo nos mundos do trabalho, que causaram excessivo desemprego e precarização das ocupações dos trabalhadores menos qualificados” (COBO, 2012, p. 30).

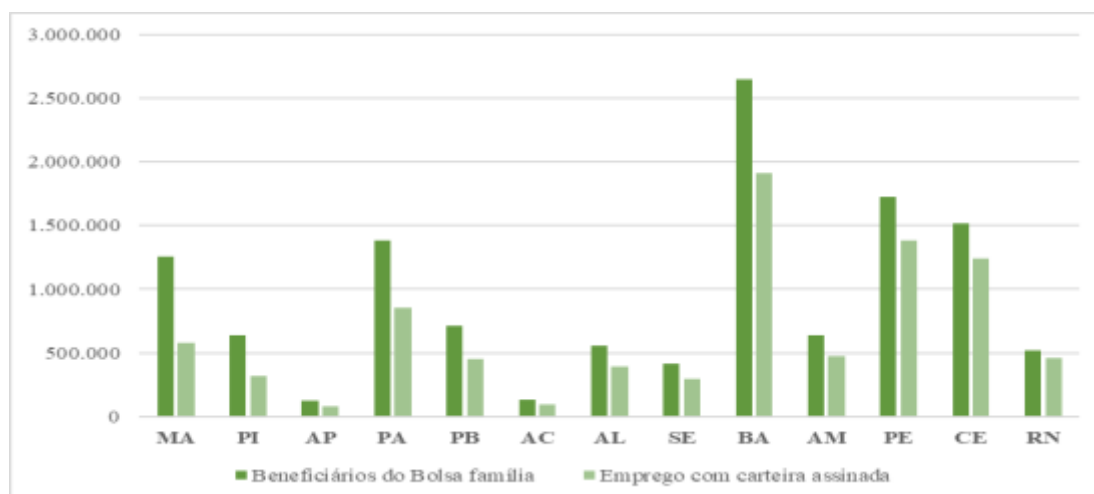
No Brasil, de acordo com Souza (2011), uns dos maiores programas assistenciais de transferência de renda são o Benefício de Prestação Continuada da lei orgânica da Assistência Social (BPC-LOAS), e o Programa Bolsa Família (BF). Ambos beneficia sujeitos em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país, o BPC, tem o foco em pessoas com deficiência e idosos, já o “PBF traz como foco a família e não o indivíduo a partir das condicionalidades referentes ao acesso aos serviços de educação, saúde e assistência social” (SOUZA, 2011, p.54).

É sabido que o PBF alcança principalmente famílias cujos membros adultos estão em idade economicamente ativa, independente de comprovação de incapacidade para o trabalho, porém, são famílias que estão em situação de pobreza ou extrema pobreza. Assim, passa a ser interpretado como um Programa que inclui uma população até então excluída do sistema de proteção social advindo do trabalho formal e; apontando que é da precariedade do mercado de trabalho que este programa trata (SOUZA, 2011, p.63).

O objetivo principal desse programa é viabilizar as condições mínimas para que esses indivíduos consigam superar as situações de vulnerabilidade, reduzindo os riscos sociais e garantindo o direito constitucional à alimentação, à saúde e à educação.

Em fevereiro de 2023, o número de beneficiários do PBF, em 13 das 27 unidades federativas, é maior que o de trabalhadores com carteira assinada, como apresenta o gráfico 3.

Gráfico 3 - Números de Beneficiários do PBF e empregos com carteira assinada



Fonte: CAGED Ministério do Desenvolvimento Social/2023

Alguns dos fatores contribuintes para os dados apresentados, são o aumento da informalidade e do emprego sem carteira assinada, ou seja, sem direitos trabalhistas. Desse modo, cresce os potenciais beneficiários de programas sociais.

Segundo a percepção de assistente social, na compreensão possível sobre trabalho e renda, referente às condições de vida dos internos no HULW, que tem implicações direta na organização familiar e nos vínculos familiares, objeto deste estudo, está a intermediação de serviços sociais. Na esfera da reprodução dessas famílias e suas responsabilidades quanto aos seus entes, na articulação de um padrão mínimo de sobrevivência, proteção e cuidados, cada

vez mais é necessário a relevância da intervenção estatal mediante políticas sociais, e, esta, vem revelando-se insuficiente.

A precariedade de bem e serviços nos grandes centros urbanos e em cidades de médio e pequeno porte, e quanto aos atendimentos em saúde, tem impactos sobre a qualidade de vida e a estrutura familiar, devido aos baixos níveis salariais da classe trabalhadora, que somente tem acesso a renda, transporte coletivo, sistema de saúde, segurança alimentar, educação, no âmbito público. Sem a disponibilidade desses recursos, a população adoece mais e acompanhar os seus entes internos em hospitais, muitas vezes distantes do local de moradia, é uma tarefa árdua ou impraticável.

Quando se trata de usuários de benefícios assistenciais a dependência destes é cada vez mais necessária para suprir necessidades básicas. Contudo, pode-se afirmar que família e Estado desempenham papéis e deveres de proteção e assistência (CARVALHO, 2007). De acordo com Carvalho, “Por exemplo, as políticas de saúde: a família é sujeito coletivo que opera na saúde de seus membros, mas não basta alçá-la à parceria. É preciso produzir saúde para e com a família” (CARVALHO, 2007, p. 274).

3.3 Demandas por atendimento à saúde das famílias, vínculos familiares, internação e responsabilidade familiar e institucional

O direito a acompanhamento familiar no ambiente hospitalar é garantido para idosos, gestantes, crianças e pessoas com deficiência. Outros usuários adultos, de modo geral, usufruem do acompanhamento apenas com justificativa médica. A Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde assegura ao usuário, o “direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações” (Brasil, 2007, p. 5), podendo ser algum parente, amigo ou cuidador. Desde que o acompanhante seja pessoa maior e civilmente capaz e não pertença a nenhum grupo de risco.

A pesquisa com as Assistentes Sociais, constatou que [...] *de modo geral, as pessoas se internam e sempre tem um filho, um irmão, um primo, com quem possam contar, às vezes estende-se para rede comunitária, às vezes tem um vizinho, um amigo* (Entrevistada I). Neste período de internamento, são suscitados nos usuários, “sentimentos como o medo do desconhecido, tanto do ambiente como do prognóstico, solidão e angústia pela perda da liberdade, afastamento do seu meio social” (OLIVEIRA; ROEHRS; GOMES, s.d, p.3).

Neste sentido, o usuário considera o acompanhante como fonte de segurança e amparo. "A presença de um acompanhante, significa a continuidade do seu viver cotidiano e, para muitos pacientes, o entrelaçamento de seus elos com o mundo fora do hospital" (OLIVEIRA; ROEHRS; GOMES, s.d, p.3). As assistentes sociais acrescentam em suas falas que:

A presença de alguém conhecido é tão importante quanto receber os cuidados da equipe de saúde. O familiar ajuda na recuperação da pessoa internada, pois é alguém conhecido afetivamente, que conforta durante a fase de adoecimento e confia em representá-lo dentro do hospital (Entrevistada II).

[...] a família é a parte do processo terapêutico, do processo de recuperação, a família que oferece o apoio subjetivo[...] a gente vai entender que existe um paciente que se interna para cuidar de uma doença ou patologia ou investigar um problema de saúde que está muito ligado ao fisiológico ao corpo, mais existe demandas subjetivas que agregam [...], então a família vem oferecer afeto, atenção, segurança, a motivação que o paciente precisa para enfrentar esse momento adverso. [...] a família é uma extensão do cuidado, ela é fundamental no cuidado porque ela oferece ao usuário ao longo da internação, apoio, afeto, motivação para ele continuar acreditando na recuperação e se sentir motivado a aderir o tratamento, enfim, acredito que é fundamental. (Entrevistada I)

Nesses trechos de falas, percebe-se o quanto as referências domiciliares ou da comunidade da qual faz parte o usuário internado, é significativo para a promoção e a recuperação da saúde do indivíduo, a presença da família no ambiente hospitalar, proporciona conforto, segurança e afetividade. Em contrapartida, a hospitalização de um dos membros da família provoca, em muitas situações, “desestruturação familiar, alteração de sua dinâmica fazendo com que ela tente se reorganizar para manter o equilíbrio” (PASSOS, PEREIRA, NITSCHKE, 2015, p.2). Essa reorganização familiar na maioria das vezes ocasiona sofrimento e conflitos, “em que a abdicação de si para o cuidado com o outro é tão intensa que alguns interrompem a cotidianidade de sua vida para realizar o processo de acompanhamento” (PASSOS, PEREIRA, NITSCHKE, 2015, p.2).

Como destaca a assistente social:

A rede de apoio vem cada vez mais sendo enxuta, representam muito a sobrecarga de um da família [...] são poucas as pessoas que se mobilizam, tem gente que não quer incomodar, o que mais observamos é mais gente sobrecarregada no acompanhamento do que no revezamento familiar (Entrevistada I).

Reis *et al.* (2016), apresenta em seu estudo o conceito de sobrecarga classificada em duas dimensões, que se completam, a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva.

A primeira se refere às mudanças que podem ocorrer na rotina diária do familiar, como a restrição das vidas social e profissional, dispêndios financeiros, supervisão de comportamentos problemáticos, entre outros, que acabam por forçá-lo a abrir mão de alguns projetos e objetivos de vida. A segunda dimensão está relacionada aos aspectos emocionais inerentes ao cuidado do paciente, como preocupações, percepções, sentimentos negativos e diversos incômodos que essa atividade pode acarretar (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007, p.8).

Por certo, a presença do familiar durante a internação é fundamental. Entretanto, em alguns casos, torna-se para o usuário interno em sua estrutura familiar, essa companhia quase impossível, particularmente em razão de fatores objetivos e subjetivos, que envolvem os próprios familiares como, por exemplo: trabalho, outros filhos, fatores socioeconômicos, dentre outros. “Para a família a hospitalização significa o sentimento de perda da normalidade, de insegurança na função de protetores, de alteração financeira no orçamento doméstico, de dor pelo sofrimento do doente” (COLLET; OLIVEIRA, 2002, p.6).

As principais dificuldades relatadas pelas assistentes sociais, das famílias internas na clínica médica do HULW em acompanhar os seus entes durante a internação hospitalar são,

Dos familiares trabalharem, terem compromissos com cuidados com crianças, pessoas doentes, laços fragilizados ou rompidos. A distância acaba não sendo um impeditivo, as prefeituras conseguem trazer as pessoas, quando não vem um acompanhante residente do interior é porque trabalham, por exemplo. [...] As principais dificuldades são o trabalho, compromissos com crianças e com outras pessoas doentes. (Entrevistada I).

As principais dificuldades vistas pelo Serviço Social junto a este grupo familiar seria: a situação financeira baixa/comprometida não tendo como pagar acompanhante formal; ficar tempo integral no hospital devido carga horária de trabalho e/ou também já cuidar de outros parentes em tempo integral; uma única pessoa se sobrecarrega por residir no interior da Paraíba (ficar durante semanas), ou até “morar” no hospital quando o usuário é de longa permanência (Entrevistada II).

Ter a presença de um acompanhante hospitalar é um direito garantido pela Lei brasileira a determinados grupos de pessoas e em algumas situações. Entretanto, não é incomum que dificuldades e barreiras sejam encontradas para estar ao lado do paciente durante a internação. Assim, as assistentes sociais acrescentam:

[...] é bom deixar evidente, que a não presença no acompanhamento hospitalar, não está relacionado à necessariamente a negligência, não estamos penalizando a família por não está aqui, mas é que a vida dessas pessoas, tem demandas, filhos, estudos, trabalhos [...], não considero que meus usuários sejam negligenciados, a casos pontuais. Observo que essas famílias, são classe trabalhadora, portanto se desdobram bastante para conciliar todas as demandas da sua vida com os cuidados dos usuários internados (Entrevistada I).

Conforme as falas das Assistentes sociais, o prolongamento nos períodos de internação de usuários constitui um desafio para o acompanhamento familiar em face das condições materiais de vida da classe trabalhadora, não se tratando de descumprimento do papel e responsabilidades familiares.

Desse modo, as responsabilidades atribuídas legalmente pelo Estado e delegadas as famílias no acompanhamento familiar se constituem de modo abstrato se consideradas efetivamente as condições de vida da classe trabalhadora. Inferimos, que não basta eleger idealizadamente o desempenho familiar (CARVALHO, 2007), é necessário um conjunto de políticas sociais para atendimento e fortalecimento dos vínculos familiares diante das suas necessidades.

Assim sendo, confirma-se as hipóteses desse estudo ao afirmar que devido às condições socioeconômicas, a família se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento e de acompanhamento de seus familiares nos hospitais, seja pelas situações de desemprego vivenciadas e falta de recursos, por trabalho precário, por não ter familiares na cidade na qual o usuário está hospitalizado. As dificuldades familiares se dão mediante situações que envolvem quebra de rotinas das suas vidas, já que os familiares devem se adaptar à nova situação, em um ambiente desconhecido, ocasionando um afastamento social seja do trabalho, da casa, dos estudos, dentre outros.

Contudo, não se trata de negligência. “Estudar o fenômeno da negligência implica em colocar em discussão a polêmica acerca da distribuição de renda nas sociedades capitalistas [...], a distribuição de recursos na área social, aspectos que politicamente devem ser esquecidos” (STAMATO, 2004, p.48). Por isso, não se pode confundir a negligência com a falta de condições materiais das famílias, pelas desigualdades de classes, “expostas à miséria, excluídas do acesso a bens, serviços e riquezas, abandonadas pela desinformação, alienação, isolamento, vítimas de uma sociedade egoísta e excludente” (STAMATO, 2004, p.48). Onde, “famílias e populações são abandonadas pelas políticas públicas e pela sociedade” (BECKER, 1994, p. 63).

Fala-se no papel do Estado quanto à ampliação da proteção social às famílias. As políticas sociais, nessa esfera, têm demandado programas estratégicos à inclusão destas mesmas famílias, principalmente, relacionadas à garantia de direitos. Contudo, questiona-se as dimensões da proteção social realizada frente a pobreza e o desemprego ampliado.

3.4 O papel do Estado na reprodução social das famílias, às políticas sociais e o serviço social

Ao discutir a centralidade da família nas políticas sociais é importante salientar que no Brasil, segundo Pereira (2009, p. 29), “a instituição familiar sempre fez parte integral dos arranjos de proteção social”, e acrescenta ainda que, “os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros” (2006, p.29). Carvalho (2005, p. 4), acrescenta que “a família é, de fato, o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos e, independentemente das múltiplas formas e desenhos que assumiu ao longo da história”. Assim, como coloca Potyara (2004), a família tem sido cada vez mais requisitada pelo Estado através das políticas sociais para assumir responsabilidades enquanto dever dos cuidados em saúde dos seus entes. Conforme afirma as assistentes sociais entrevistadas:

A família é reconhecida na constituição como primeiro espaço da proteção social. Cabe aos membros da família proteção, mas também cabe a essa família ser protegida pelo Estado para que possam ter as condições de cuidado com seus indivíduos, sobretudo, quando eles são mais vulneráveis, idosos, crianças, gestantes, enfim, pessoas com enfermidades, doentes. (Entrevistada I)

Conforme o fragmento da entrevista, “convém destacar que, a despeito das funções que a família possa desempenhar, faz-se necessário compreendê-la como esfera prioritária de atenção e cuidado para, posteriormente, processar proteção aos seus integrantes” (Carvalho 2005, p.12), pois, para que a família exerça a suas funções protetivas é essencial que o Estado garanta a ela as mínimas condições para tal. Ou seja, “implementar políticas públicas com centralidade na família não se trata de desresponsabilizar o Estado de sua função de garantir as ações de cuidado social, mas resgatar e revalorizar o papel dela como instituição base da sociedade, merecedora de especial proteção estatal” (CARVALHO, 2005, p.12).

Estudos destacam que a partir da década de 1990 ganha relevância, no escopo das políticas sociais, programas de combate à pobreza que, além de ter como alvo grupos específicos caracterizados como vulneráveis (idosos, jovens, crianças, pessoas com deficiência), incorpora como público privilegiado, a família. “Nesse sentido, entendemos como elementos constituintes e asseguradores das políticas sociais, a partir da Constituição de 1988, que compreendem o acesso irrestrito à educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, saúde [...] (CORDOVA; ALVES, 2019, p.6).

A respeito do papel do Estado e das políticas sociais na proteção dos usuários e suas famílias durante o internamento hospitalar, a assistente social enfatiza que:

Um dos aspectos que vamos observar é a dificuldade das famílias de exercer esse papel de proteção, sobretudo porque são famílias que sofrem com a questão da insuficiência de renda. Durante a internação hospitalar, tem sido fundamental o papel do Estado na provisão da renda substituta, da renda do trabalho. Já que são pessoas que estão afastadas do trabalho, muitas vezes por causa da doença do mesmo, outros estão desempregados, [...] e, portanto, precisam do Estado para provimento da renda. Quando são contribuintes do INSS, com vínculo formal ou informal (porque também temos os contribuintes) o auxílio doença tem sido fundamental como uma renda substitutiva e quando não, o BPC e o Bolsa Família, tem sido a fonte de renda (Entrevistada I).

Outra assistente social acrescenta que “O Estado não cumpri seu papel quanto ao acesso assegurado pela Constituição Brasileira, ou seja, o SUS sucateado não consegue ofertar condições para promoção e prevenção de doenças” (Entrevistada II). A pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (Brasil, 2011), elencou alguns desafios gerais para na prestação de serviços do SUS:

(1) falta de reconhecimento e de valorização à atenção básica, desarticulação de seus programas entre si e com a sociedade; (2) superlotação das unidades de urgência e emergência; (3) acesso precário com longas filas para marcação de consultas, procedimentos (como cirurgias) e exames; (4) falta de leitos hospitalares e desigualdade na distribuição pelas regiões do país, bem como insuficiência de leitos de UTI; (5) insuficiente assistência farmacêutica à população; (6) falta de humanização e de acolhimento adequados nas unidades de saúde; (7) descaso com a saúde mental, mesmo diante do aumento indiscriminado de dependentes químicos no país, principalmente na camada mais jovem da população; (8) tendência à judicialização na saúde, provocando demandas excessivas e corriqueiras ao poder judiciário e ao ministério público.

A entrevistada I, relata que, observa:

Ao longo da internação, requisitam exames e remédios que não estão previstos no SUS, isso tem recaído para as famílias, às vezes chega como uma exigência, a família se desespera, adquire dívidas, quando na verdade, não é nenhuma obrigação, uma vez que estão no SUS e precisam do atendimento universal e gratuito [...] estamos aqui a serviço público, representamos o Estado, torna-se necessário que o hospital se muna dos recursos administrativos, para diante de uma situação que a necessidade de um exame ou medicamento, por exemplo, que não seja custeado pelo SUS, haja outros caminhos administrativos, para que as famílias não sejam penalizadas com dívidas, empréstimos que acontecem com frequência, então assim, a gente sempre orienta as famílias no ponto de vista que elas precisam exercer a sua cidadania ,

exigir de quem cobrou esses exames e remédios, que sejam custeados pelo Estado (Entrevistada I).

Conforme o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, “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”. Interligado ao dever do Estado de prover a saúde pública está “o fornecimento gratuito de medicamentos para a recuperação ou para a redução das consequências causadas pelos mais variados tipos de doenças” (PARANHOS, 2007, p. 155).

Ordacgy (2007), cita a dignidade da pessoa humana, protegida pelo art. 1º, III, da Carta Maior, é o princípio do qual decorre o dever dos Entes Públicos para o fornecimento de remédios à população:

A Carta Política de 1988 consagra como fundamento da República, em seu art. 1º, inc. III, a Dignidade da Pessoa Humana. Mais ainda, o art. 5º, caput, garante a todos o direito à vida, bem que deve ser resgatado por uma única atitude responsável do Estado, qual seja, o dever de fornecimento da medicação e/ou da intervenção médica necessária a todo cidadão que dela necessite. O Direito à Saúde, além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida, e a uma vida digna (ORDACGY, 2007, np).

No entender de Souza (2010, p. 20), “sendo o acesso à medicação um direito social constitucionalmente assegurado, esse fornecimento deve ser feito de forma igualitária, não podendo haver qualquer discriminação”. Cardoso (2010), acrescenta que o Poder Público não poderia, de forma alguma, eximir-se do fornecimento de medicamentos, sendo inadmissível que a população permaneça à mercê da burocracia estatal, vez que a saúde liga-se diretamente ao direito à vida. A entrevistada complementa, com a seguinte afirmação:

[...] exige que a família custei algo que não pode, é uma violação do direito à saúde, que observamos que acontece, sendo que sabemos que o próprio SUS, os serviços públicos e instituição devem entre si, pensar internamente medidas possíveis de realizar isso, e quando não é, a família deve judicializar (Entrevistada I).

Ao que concerne o processo de entrada judicial no tocante à saúde, Oliveira *et al.* (2015), expõe que devido a negligência do gerenciamento dos recursos públicos, o cidadão acaba por judicializar, “através de procedimento próprio, um direito que lhe é fundamental, garantido constitucionalmente” (CARRACO, 2019, p. 49).

Gomes e Amador (2015) apresenta em seu estudo, que as ações judiciais para viabilizar o acesso à saúde, especialmente a exames, procedimentos e medicamentos de médio e alto

custo, sobre o pagamento de fraldas, e de transporte para os pacientes que devem ser realizados fora do domicílio, etc. “Na maioria desses processos, as alegações dos autores das ações (advogados, defensores e juízes) para requerer o acesso se apoiaram no direito fundamental à saúde, com base no art. 196, da CF/1988, e na Lei nº 8.080/1990” (GOMES; AMADOR, 2015, p. 10).

A judicialização é um processo longo, que requer a:

significativa necessidade do acúmulo de documentação para comprovação da ausência de saúde, bem como todos os tratamentos, cirurgias, exames, medicamentos e afins realizados para apuração, a fim de obter um aval positivo para realizar o procedimento que garante um direito em prol da saúde, cujos prazos limitantes e atuação isolada de busca pelos usuários se configura como um processo físico, psicológico e mentalmente desgastante.(CARRACO, 2019, p. 49)

Fica evidente através do relato das entrevistadas:

Agora, as famílias, às vezes, se pressionam porque querem ver aquele parente se recuperando logo, o emocional pesa e acabam se sacrificando. Existe esse peso para a família, quando na verdade, cabe ao Estado garantir uma atenção integral à saúde, ou seja, o acesso a todos os recursos, se ele precisa de um exame, mas não temos no SUS, que se providenciem (Entrevistada I).

Ao que concerne o processo de entrada judicial no tocante a saúde, Carraco (2019, p.50), afirma que devido a negligência do gerenciamento dos recursos públicos, o cidadão acaba judicializando um direito que lhe é fundamental, garantido constitucionalmente, mas se depara com uma burocracia exagerada. Contudo, o período da internação hospitalar configura-se como um evento desestruturante e traumático para a família capaz de gerar sentimentos como medo, ansiedade e insegurança. Por esse motivo, acabam buscando outros meios, como empréstimos, por exemplo, para o enfrentamento da doença e o restabelecimento da saúde dos seus familiares.

Mioto (2010), explicita que as demandas exigidas às famílias extrapolam suas possibilidades de respostas individuais, assim o redimensionamento da intervenção profissional do Assistente Social sob a perspectiva da interprofissionalização, torna-se crucial. O trabalho interdisciplinar visa:

capacitar os profissionais, através da troca e conciliação de saberes, com o intuito de construir uma visão mais ampla, caracterizada pela quebra de paradigmas e assim

fomentar uma atuação e ações de caráter abrangente, pois as famílias apresentam multiplicidade de questões como psicológicas, culturais, sociais, entre outras (SALGADO, 2017, p.7).

Durante as entrevistas as assistentes sociais destacaram a importância da interprofissionalização nos seguintes fragmentos, *“só conseguimos fazer algo pelo usuário quando mobilizamos outros profissionais, o Serviço Social é totalmente interprofissional/multiprofissional, não damos um passo sequer, se não for mobilizando equipe de residentes, psicologia, enfermagem, etc”* (Entrevistada I).

No acolhimento ao usuário internado buscamos olhar o usuário como um todo (biopsicossocial), a assistência ao usuário no Sistema Único de Saúde integra o acompanhamento de muitas profissões, cuja relações interprofissionais, na maioria das vezes, é provocada pelo profissional do serviço social. Principalmente quando o assunto envolve questão familiar; diante disto, provocamos o modo de organização das práticas em saúde e a importância da comunicação, um fator desafiador de humanizar aos profissionais nos serviços de saúde (Entrevistada II).

Vários são os desafios do trabalho do Assistente Social com famílias durante a internação hospitalar dos usuários, e conforme as entrevistadas, *“o principal desafio é institucional, porque os demais profissionais da rede de saúde, não percebem a família como percebemos. Eles não olham as famílias do ponto de vista amplo, humano e social. Qualquer ausência familiar no acompanhamento é vista como negligência”* (Entrevistada I).

Nesse sentido, com vista à defesa dos direitos de saúde dos usuários e suas famílias, as assistentes sociais entrevistadas, reafirmam na sua experiência e percepção constituir-se como direito e não como dever do usuário à proteção institucional durante o internamento em todas suas necessidades.

Assim sendo, é competência do Assistente Social no contexto institucional:

Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. (PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2010, p.45).

Contudo, o desafio que o profissional enfrenta é a concepção de saúde socialmente instituída que ainda está fortemente centrada na doença/enfermidade dos usuários, prescindindo

de aspectos socioeconômico e familiares. O modelo curativo predomina e não é estimulado “[...] a pensar o paciente em sua inteireza, como um ser biopsicossocial” (CAPRARA, RODRIGUES, 2004, p.141).

Segundo Belloch e Olabarria (1993 *apud* CAPRARA; RODRIGUES, 2009, p. 139), os princípios do paradigma biopsicossocial são:

- 1.O corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar; 2. Saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação; 3. O estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas; 4. A etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial. Devem-se considerar os vários níveis etiopatogênicos e que todos eles requerem uma investigação adequada; 5. A melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes se dá por ações integradas, realizadas por uma equipe de saúde, que deve ser composta por profissionais especializados em cada uma das três áreas; 6. Saúde não é patrimônio ou responsabilidade exclusiva de um grupo ou especialidade profissional. A investigação e o tratamento não podem permanecer exclusivamente nas especialidades médicas.

O modelo biopsicossocial pressupõe ações integradas e interprofissionais. As assistentes sociais enfatizam, “[...] *é necessário a equipe entender o contexto familiar [...] o contexto familiar é muito negligenciado, isso gera julgamentos, atendimentos preconceituosos com aquele usuário sem acompanhante. [...] devem entender que os demais membros das famílias também adoecem, têm suas vidas*” (Entrevistada I). “*Muitas vezes a família apresenta dificuldades em acompanhar seu parente, seja por questões de trabalho, financeiros (transporte, custo com cuidador formal) ou até mesmo por vínculos fragilizados e/ou rompidos*” (Entrevistada II).

O Serviço Social é demandado pelos demais profissionais da saúde para encaminhar familiares para o acompanhamento hospitalar do usuário interno e altas. No entanto, o assistente social considera as diversas expressões da questão social enfrentadas pelas famílias, conforme os seguintes fragmentos de falas das entrevistadas:

[...] sentimos que há um problema crônico de comunicação. Acontece muitas vezes de altas não serem comunicadas ao Serviço Social. Um dia antes, deveria ocorrer comunicação de alta hospitalar, às vezes o usuário está sendo acompanhado socialmente, temos tantas demandas sociais para providenciar e às vezes somos surpreendidas com altas. [...] existe essa fragilidade na comunicação e usa visão muito médica, da alta, quando na verdade a alta tem que ser compartilhada porque existe diferentes profissionais acompanhando o usuário e por tanto, essa alta deveria ser comunicada e compartilhada, a equipe médica avisando com antecedência e uma vez que tiver pendências nas resoluções das demandas sociais, comunicar ao médico

para suspender a alta. Já aconteceu de um usuário não ter condições de receber uma alta social, comunicarmos ao médico, que aquela pessoa não tem condições de voltar para casa, por pendências de dietas, fraldas e outras questões, que tornam a alta segura, só se for a partir da disponibilidade desses recursos (Entrevistada I).

Outro ponto destacado como questionamentos nas entrevistas com as assistentes sociais, diz respeito quanto a requisitar da família/acompanhante cooperação nos cuidados durante o internamento. Ocorre que os acompanhantes não conhecem os cuidados ou tarefas a realizar com o usuário, e sendo assim, o acompanhante se sente responsável e vai assumindo determinados cuidados. Segue fragmentos de fala da entrevistada:

A uma cobrança pelo acompanhante, na extensão dos cuidados, quando na verdade o acompanhante está aqui para aprender alguns cuidados, mas a responsabilidade em assistir o usuário durante a internação é da equipe de saúde, nos banhos, nas refeições, quando tem um paciente que tem limitações no movimento com os cuidados de higiene. Muitas das vezes, à transferência desses cuidados (Entrevistada I).

Shiotsu e Takahashi (2000), em seu estudo, revelaram que o acompanhante surge da necessidade de ajudar o paciente dando apoio emocional, transmitindo força, coragem e otimismo. O acompanhante também facilita a comunicação, assegura e fiscaliza o atendimento da equipe e acompanha a evolução clínica.

A entrevistada acrescenta, que os profissionais:

[...] devem compreender o papel do Estado na proteção, parece que tem uma dificuldade de enxergar que nós (equipe de saúde), somos Estado e que, portanto, o usuário internado aqui é responsabilidade de toda equipe de saúde, [...] de ofertar proteção social a família, acolher a família nas suas especificidades, nas suas dificuldades e entender o acompanhante como um direito e não um dever. (Entrevistada I).

A partir desse relato, apreende-se a questão do acompanhamento, ou seja, o que é um direito ao acompanhamento hospitalar e não um dever, conforme a legislação brasileira. Muitos casos os familiares não possuem condições de acompanhar em tempo integral seus entes, porque precisam trabalhar. E na maioria das vezes os familiares não possuem poder aquisitivo econômico para pagar cuidadores ou acompanhantes.

Na impossibilidade de a família acompanhar, cabe ao Estado adotar as providências necessárias para suprir a ausência desses acompanhantes e assegurar ao usuário toda atenção indispensável para o tratamento da enfermidade. Sobre isso, a entrevistada destacou: "Então, uma vez que o familiar não possa estar presente, a assistência do paciente deve continuar em

nível de excelência de qualidade, não é a presença do acompanhante que vai definir a qualidade da assistência, [...] (Entrevistada I).

A questão dos acompanhantes e sua relação com a equipe de saúde é complexa, tornando-se necessário a ampliação do apoio social que pode ser operacionalizado a partir de estratégias mobilizadoras [...] a partir de serviços sociais institucionais. Identificando as possibilidades de uma ação capaz de renovar e recriar novas práticas na interação entre usuários e profissionais de saúde (ROMÃO, 2016, p.3).

Diante das ausências familiares para o acompanhamento familiar intervenções profissionais do Serviço Social são realizadas, as entrevistadas fizeram as seguintes falas:

[...] lembrando que nossa intervenção vai além das paredes do hospital. Nossa prática na Clínica Médica é pela garantia de direitos sociais, sendo as ações determinadas a partir da singularidade de cada usuário, em que acionamos o Sistema de Garantia de Direitos quando observamos à pessoa internada, principalmente se é uma pessoa com deficiência ou idosa; temos também articulação com serviços socioassistenciais (Entrevistada II).

São realizadas reuniões com a equipe para discussão de casos, elaboração de projeto terapêutico singular (PTS), reuniões com equipe para PTS, reuniões familiares, às vezes ocorre a distância, nem todos podem participar presencialmente, articulações com a comunidade, mobilização da família extensa, mobilização da rede de apoio comunitária (Entrevistada I).

Nesse sentido, as intervenções do Serviço Social permitem entender as condições e “a individualidade do ser social e seus determinantes estruturais diante das relações sociais” (CENTENARO, 2010, p.1883). Tais considerações se fazem necessárias no trabalho do profissional a partir do momento que resgata os determinantes históricos presentes nas particularidades dos usuários,

Que não podem ser vistas apenas em sua representação imediata, mas convertidas em situações concretas, a partir da construção de suas determinações por uma teia de mediações suficientemente capazes de recuperar a importância do indivíduo, sem perder de vista a dimensão da totalidade (CENTENARO, 2010, p.1883).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção de assistentes sociais, nesta investigação, as famílias, sobretudo aquelas pertencentes aos segmentos mais pobres da população e usuárias do SUS, vêm atravessando diversas transformações, nem sempre nitidamente delineadas.

Considera-se os estudos e pesquisas no Serviço Social e áreas afins nesse âmbito, cujos desempenhos adquiridos aprofundam conhecimentos e constroem possibilidades de intervenção no âmbito das políticas sociais. Contudo, o agravamento das desigualdades sociais vem desafiando a dinâmica da família brasileira envolvendo a vida e os novos arranjos que a constituem, igualmente, estudiosos da área, diante de possibilidades de pesquisas que possam articular garantia de direitos.

Portanto, compreender a família e as relações familiares na sociedade contemporânea é uma exigência necessária para o Serviço Social diante das situações concretas das expressões da questão social onde é chamado a intervir e que exigem o conhecimento do contexto da totalidade onde são produzidas. A análise efetuada nos capítulos deste estudo traz a luz às conexões entre a constituição familiar, questão social e políticas sociais na esfera estatal, especificamente a saúde, onde atua o assistente social.

Na contraposição a qualquer naturalização das relações familiares burguesas, essas são percebidas como processo histórico, com determinações objetivas e subjetivas, de construção de práticas e valores em relação ao papel a qual é configurada socialmente e tende a ser tratada como se expressa na vida em sociedade. Tratou-se, de compreender e decifrar as múltiplas expressões do contexto familiar que se encontram no cotidiano institucional de atendimento à saúde.

A problemática que se apresentou no estudo diz respeito à posição que tem sido delegada à família, como base estratégica na condução de políticas públicas pelo Estado, voltada à garantia de direitos e que incidem sobre a identidade familiar de inúmeras famílias de baixa renda.

Assim, pretendeu-se discutir, com base em análises histórico-críticas, mais gerais, e com os dados empíricos coletados, indagando e analisando como vem se concretizando as competências familiares delegadas socialmente as famílias no âmbito da implementação de serviços de saúde e como essas desafiam o trabalho de assistente social na relação interprofissional e o direito à saúde de usuários internos no Hospital. A análise das relações familiares é relevante para o serviço social pela possibilidade histórica de trabalhar com as

políticas sociais, nas quais ocorrem uma centralidade do trabalho com famílias, compondo uma das dimensões fundamentais de atendimento de necessidades sociais.

As transformações ocorridas no entendimento de família nas últimas décadas “estão intrinsecamente associadas ao contexto social, econômico, histórico, político e cultural” (ABRÃO, 2011, p.203), que denotam que a instituição familiar é uma construção social. Igualmente, tem se constituído socialmente enquanto o espaço para a garantia da sobrevivência e da proteção dos seus membros independente do arranjo familiar estabelecido.

A Constituição Federativa do Brasil de 1988, reconhece a pluralidade de arranjos familiares e, consagrou princípios com profundos reflexos para o Direito das Famílias. No capítulo VII da Constituição Federal de 1988, em seu Art. 226, afirma que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”. Assim, as famílias, são sujeitos de direitos sociais, e indica, no Art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A Carta de direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009, tem como objetivo apresentar os direitos de acesso ao sistema de saúde, em seis princípios: 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.; 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Durante a internação, a Legislação Brasileira assegura o direito ao acompanhante em situações específicas, como: Gestantes (Leis nº 8.069/90 e 11.108/05); Idosos (Lei nº 10.741/03 – Estatuto do Idoso); Pessoas com Deficiência (Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência); Crianças e Adolescentes (Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente). Conforme o Boletim de Serviços do HULW (2015, p.10), “pacientes puérperas, indígenas [...] têm direito a um acompanhante em tempo integral, e para os pacientes recém-transplantados o período será de 7 dias após o transplante”. Além desses casos, pacientes com comprometimento físico e/ou psíquico também têm direito à presença de acompanhante desde que haja justificativa médica.

Em seus estudos, Miotto (2003, p.3), apresenta duas perspectivas em relação às discussões no âmbito das políticas sociais. A primeira “defende a centralidade da família, apostando na sua capacidade imanente de cuidado e proteção. Portanto, vê a família como o centro do cuidado e da proteção por excelência”. A segunda perspectiva, mostra que “a capacidade de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidos através das políticas sociais, especialmente das políticas públicas”.

Na primeira perspectiva, a compreensão da centralidade da família, Miotto (2003) chama atenção para a tendência do “familismo”, “este é representado nos sistemas de proteção social em que o Estado considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade por seu bem-estar, resultando em menor provisão por sua parte”, ou seja a do Estado (ESPING ANDERSEN, 2000, *apud* MIOTTO, 2008, p.135-136).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo que as famílias têm direito à proteção do Estado, as famílias devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros. Miotto (2003, p.4) destaca que, “nessa perspectiva a família na sociedade brasileira hoje, mais que ser reconhecida como instância de cuidado e proteção, deve ser reconhecida como instância a ser cuidada e protegida, enfatizando a responsabilidade pública”.

Contudo, diante da dubiedade das requisições do Estado, a família atualmente tem sido cada vez mais requisitada pelo mesmo através das políticas sociais para assumir responsabilidades enquanto dever dos cuidados em saúde dos seus entes. “Mesmo com o reconhecimento do Estado como provedor da saúde, os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros” (PEREIRA, 2006, p.29).

Entretanto, de acordo com a percepção de assistente social, a internação hospitalar, constitui um desafio quanto à efetiva permanência de um familiar no acompanhamento hospitalar, pois isso nem sempre se torna possível devido às circunstâncias, por exemplo: a saída do mercado de trabalho afim de maior disponibilidade aos cuidados diários do paciente, queda na renda, afastamento temporário do convívio social e familiar diante da necessidade de sobrevivência em precárias formas de trabalho (RODRIGUES, 2014).

Ao adentrar na perspectiva de análise das relações familiares, e de modo objetivo de famílias atendidas na clínica médica do HULW, via SUS, tendo em vista a problemática do acompanhamento familiar durante a internação, parte-se do entendimento de que são várias as dimensões das relações familiares. Nesse sentido, enfatiza-se,

“A família como expressão máxima da vida privada, é lugar da intimidade, construção de sentidos, e expressão de sentimentos, onde se exterioriza o sofrimento psíquico que a vida de todos nós põe e repõe. É percebida como nicho afetivo e de relações necessárias à socialização dos indivíduos, que assim desenvolvem o sentido de pertença a um campo relacional iniciador de relações includentes na própria vida em sociedade. É um campo de mediação imprescindível (CARVALHO, 2007, p. 271).

No entanto, em que pese essa percepção do âmbito privado, outra dimensão se relaciona diretamente e está imbricada, sendo neste estudo refletida: a esfera pública, onde e em que são postas crescentes demandas de proteção social das famílias, principalmente por grupos familiares de baixa renda (CARVALHO, 2007). Refere-se aqui às famílias atendidas nos hospitais públicos e suas necessidades. Pesam as condições de vida e sobre a forma como organizam a existência e enfrentam o desafio da questão da partilha de responsabilidades na proteção social, justificada pela pobreza persistente.

De modo geral, as famílias atendidas no HULW, conforme dados coletados e apresentados, dividem o mesmo universo social: o das carências materiais, e compartilham os baixos recursos na sobrevivência. O Serviço Social ao atender essas famílias está diretamente presente nas relações entre Estado, família e políticas públicas de segmentos subalternizados da sociedade.

Contudo, a análise perpassa o atendimento à saúde no universo de pessoas marcadas na luta pela sobrevivência e em condições familiares de pobreza ou extrema pobreza, sobre o acesso a patamares mínimos de garantias sociais, sobre o universo das questões culturais, sobre as experiências de cuidado e de proteção.

Embora a constituição de família tradicional burguesa, composta pelo casal e filhos ainda seja considerável, a participação dos arranjos familiares constituídos pela mãe com filhos, pessoas vivendo sozinhas, famílias homoparentais, unipessoais, são manifestações evidentes

Nos aspectos revelados nas falas, as referências quanto à questão do trabalho e renda das famílias em tratamento de saúde são as estratégias ocupacionais precárias de sobrevivência dos trabalhadores, se destaca o trabalho informal e os pequenos comércios. Um dado importante e que está em evidência, se impondo atualmente quanto às formas de inserção no trabalho para grandes contingentes de trabalhadores é a ideologia do “empreendedorismo”, numa sociedade que não tem emprego como garantia para grande parte da classe trabalhadora, ou a única possibilidade são os programas assistenciais ou aposentadoria.

Segundo a percepção de assistente social, na compreensão possível sobre trabalho e renda, referente às condições de vida dos internos no HULW, que tem implicação direta na organização familiar e nos vínculos familiares, objeto deste estudo, está a intermediação de

serviços sociais. Na esfera da reprodução dessas famílias e suas responsabilidades quanto aos seus entes, na articulação de um padrão mínimo de sobrevivência, proteção e cuidados, cada vez mais é necessário a relevância da intervenção estatal mediante políticas sociais, e, esta, vem revelando-se insuficiente.

A precariedade de bens e serviços nos grandes centros urbanos e em cidades de médio e pequeno porte, e quanto aos atendimentos em saúde, tem impactos sobre a qualidade de vida e a estrutura familiar, devido aos baixos níveis salariais da classe trabalhadora, que somente tem acesso a renda, transporte coletivo, sistema de saúde, segurança alimentar, educação, no âmbito público. Sem a disponibilidade desses recursos, a população adoece mais e acompanhar os seus entes internos em hospitais, muitas vezes distantes do local de moradia, é uma tarefa árdua ou impraticável. Quando se trata de usuários de benefícios assistenciais a dependência destes é cada vez mais necessária para suprir necessidades básicas.

Conforme as falas das Assistentes sociais, o prolongamento nos períodos de internação de usuários constitui um desafio para o acompanhamento familiar em face das condições materiais de vida da classe trabalhadora, não se tratando de descumprimento do papel e responsabilidades familiares, nem tampouco de negligência. A fala da assistente social é síntese desse entendimento, e, merece destaque nessas considerações finais,

[...] é bom deixar evidente, que a não presença no acompanhamento hospitalar, não está relacionado à necessariamente a negligência, não estamos penalizando a família por não estar aqui, mas é que a vida dessas pessoas, tem demandas, filhos, estudos, trabalhos [...], não considero que meus usuários sejam negligenciados, a casos pontuais. Observo que essas famílias, são classe trabalhadora, portanto se desdobram bastante para conciliar todas as demandas da sua vida com os cuidados dos usuários internados (Entrevistada I).

Desse modo, as responsabilidades atribuídas legalmente pelo Estado e delegadas às famílias no acompanhamento familiar são abstratas se consideradas efetivamente as condições de vida da classe trabalhadora, dessas mesmas famílias. Inferimos, que não basta eleger idealizadamente o desempenho familiar (CARVALHO, 2007), é necessário um conjunto de políticas sociais para atendimento e fortalecimento dos vínculos familiares diante das suas necessidades. Igualmente, retrata-se aqui a fala da assistente social enquanto síntese desse entendimento. Merece destaque.

A família é reconhecida na constituição como primeiro espaço da proteção social. Cabe aos membros da família proteção, mas também cabe a essa família ser protegida pelo Estado para que possam ter as condições de cuidado com seus

indivíduos, sobretudo, quando eles são mais vulneráveis, idosos, crianças, gestantes, enfim, pessoas com enfermidades, doentes. (Entrevistada I)

Assim sendo, confirma-se as hipóteses desse estudo ao afirmar que devido às condições socioeconômicas, a família se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento e de acompanhamento de seus familiares nos hospitais, seja pelas situações de desemprego vivenciadas e falta de recursos, por trabalho precário, por não ter familiares na cidade na qual o usuário está hospitalizado. As dificuldades familiares se dão mediante situações que envolvem quebra de rotinas das suas vidas, já que os familiares devem se adaptar à nova situação hospitalar, em um ambiente desconhecido, ocasionando um afastamento social seja do trabalho, da casa, dos estudos, dentre outros.

Nesse sentido, com vista à defesa dos direitos de saúde dos usuários e suas famílias, as assistentes sociais entrevistadas, reafirmam na sua experiência e percepção constituir-se como direito e não como dever do usuário à proteção institucional durante o internamento em todas as suas necessidades. É esta a defesa que deve ser buscada, e deve ser uma tarefa interprofissional na saúde.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Kenia Cristina Lopes. **O trabalho dos assistentes sociais com famílias no contexto da Política Nacional de Assistência Social em Goiânia**. 2011.

AMARO, Sarita. **Serviço Social em escolas: fundamentos, processos e desafios**. 1ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

BARRETO, Luciano. **Evolução histórica e legislativa da família**. 2013. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/13/volumeI/10anosdo codigocivil_205.pdf

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2022.

BECKER, M. J. A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In: **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, p. 60-76, 1994. Cap.4.

BELTRÃO, Myrian Matsuo Affonso. **Trabalho informal e desemprego: desigualdades sociais**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BORGIANI, Elizabete. Ética e direitos humanos na sociedade e no Serviço Social. In: CRESS/7ª Região (Org.). Em foco: **O Serviço Social e o sistema sociojurídico**. Rio de Janeiro: CRESS/7ª Região; PPGSS/UERJ, n. 2, 2004.

____. **Lei complementar nº. 128. de 19 de dezembro de 2008**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp128.html>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. **Política nacional de assistência social, Secretaria Nacional de Assistência Social**, Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Ministério do Planejamento (2011). **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Pesquisa sobre a saúde brasileira. Brasília. Acessado de <http://www.ipea.gov.br>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 25 de Fevereiro de 2023.

BRASIL, **Lei 11.108, de 07 de Abril de 2007**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm> Acesso em: 25 de Fevereiro de 2023.

BRASIL, **Lei 10.741, de 01 de Outubro de 2003** (Estatuto da Pessoa Idosa). Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.741-2003?OpenDocument> Acesso em: 25 de Fevereiro de 2023.

BRASIL, **Lei nº 13.146, de 06 de Julho de 2015** (Estatuto da Pessoa com Deficiência); Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em: 25 de Fevereiro de 2023.

BRASIL, **Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990** (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em: 25 de Fevereiro de 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**: Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal; e dá outras providências. 2011.

BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. Revista Clínica e Salud, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993. CAGED Ministério do Desenvolvimento Social/2023

CANDEIA, Rafaella Cristina de Medeiros et al. **A proteção social básica da assistência social a partir das usuárias chefes de famílias referenciadas em um CRAS de João Pessoa/PB**. 2016.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico**. Ciência & saúde coletiva, v. 9, p. 139-146, 2004.

CARDOSO, Camila Daros. **Ações de concessão judicial de medicamentos**. Jus Navigandi. Teresina, ano 15, n. 2426, 31 de mar. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/14609>>. Acesso em: 01 out. 2011

CARRARO, Gabriela et al. A judicialização da saúde e a responsabilização das famílias. 2019.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de; ALMEIDA, Paulo Henrique de. **Família e proteção social**. São Paulo em perspectiva, v. 17, p. 109-122, 2005.

CASTRO, Jorge; RIBEIRO, José. **As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios**. 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4353/1/bps_n.17_pol%C3%ADticasocial.pdf

CAVALCANTE, Iluska. **HU completa 40 anos com solenidade especial na UFPB**. A união, João Pessoa, Paraíba - QUARTA-FEIRA, 12 de fevereiro de 2020, Número 009. Disponível em: < https://auniao.pb.gov.br/servicos/copy_of_jornal-a-uniao/2020/fevereiro/jornal-em-pdf-12-02-20.pdf >

CENTENARO, Grizy Augusta. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1881-1885, 2010.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO. Atuação de assistentes sociais no sociojurídico: subsídios para reflexão. **Brasília: CFESS**, 2014.

CHAVES, Helena Lúcia Augusto; GEHLEN, Vitória Régia Fernandes. Estado, políticas sociais e direitos sociais: descompasso do tempo atual. **Serviço Social & Sociedade**, p. 290-307, 2019.

COBO, B. (2012). Políticas focalizadas de transferência de renda: contextos e desafios. São Paulo, Brasil: Cortez.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Criança Hospitalizada sem acompanhante: Experimentando o sofrimento**. Texto & Contexto Enferm., Florianópolis, v.7, n. 2, p. 255-267, maio/ago. 1988.

CÓRDOVA, Ismael; ALVES, Ismael, «Programas de transferência condicionada de renda na ótica dos direitos sociais: uma opção para o combate das vulnerabilidades brasileiras», Polis [En línea], 53 | 2019, Publicado el 01 octubre 2019, consultado el 01 junio 2023.

CRESS PR, **Assistentes Sociais atuam na defesa dos direitos à Saúde Pública e Universal**. 2019. Disponível em: <https://www.cresspr.org.br/site/assistentes-sociais-atuam-na-defesa-dos-direitos-saude-publica-e-universal/>

CRONEMBERGER, Izabel; TEXEIRA, Solange. "**Famílias vulneráveis como expressão da questão social, à luz da política de assistência social**." INFORME ECONÔMICO (UFPI) 29.1 (2013).

DORNELES, Alexia. "**Família, conservadorismo e questão social: suas expressões na contemporaneidade**." Anais do encontro Internacional e Nacional de Política Social 1.1 (2018).

FÁVERO, Eunice Teresinha. **Rompimento dos vínculos dopátrio poder: condicionantes socioeconômicos e familiares**. São Paulo: Veras, 2001.

FEIJÓ, Carmem Aparecida; SILVA, Denise Britz do Nascimento e; SOUZA, Augusto Carvalho de. **Quão heterogêneo é o setor informal brasileiro?** Uma proposta de classificação de atividades baseada na Ecinf. Revista de economia contemporânea, Rio de Janeiro, V. 13, n. 2, p. 329-354, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rec/v13n2/v13n2a07.pdf>>. Acesso em 20 setembro de 2010.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de saúde: Uma política social**. IN GIOVAVELLA, L ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. Políticas e sistemas de saúde no Brasil, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, cap 1.

FREITAS, Maria José Leite de. História do Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2016. PDF.

GALANO, M.M. (2006). **Família e história: a história da família**. Em C. M. Cervený e C. M. E. Berthoud, (Orgs.), *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa* (pp. 115-148). São Paulo: Casa do Psicólogo.

GIL, Antonio. Carlos Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008. GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GOMES, V. S.; AMADOR, T. A. Estudos publicados em periódicos indexados sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, n. 31, v. 3, 2015, p. 451-462.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IRINEU, Bianca et al. **O Serviço Social No Judiciário: Desafios Dos Profissionais Do Sociojurídico Enfrentados No Município De Goiás-GO**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 1, n. 1, 2018.

LORENSET, Laura Luiza. **As novas configurações familiares na contemporaneidade**. (2012).

LUNA, Maria. **Família: um conceito em construção**. III Seminário Regional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família e I Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: crise, conservadorismo e resistência. | 2016 ISBN: 978-85-397-0963-2 Disponível: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://editora.pucrs.br/anais/serpinf/2016/assets/22.pdf

MACHADO, Aline Maria Batista et al. **As expressões da “questão social” no âmbito escolar:** contribuições do Serviço Social. *SER Social*, v. 24, n. 51, p. 464-489, 2022.

MACHADO, Gustavo Portella. **"Microempreendedor individual e desproteção social:** tensões entre a racionalidade neoliberal e as estratégias para “viver de cultura” a partir de produtores/as culturais freelancers na cidade do Rio de Janeiro." *Ponto-e-Vírgula* 27 (2020): 99-113.

MELO, Maria Cristina. **Família e questão social: uma abordagem social.** 2012.

MEDEIROS, Alana. **Concepções de família presentes no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.** *Temporalis*, Brasília, v. 2, n. 28, p. 275-296, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7192/6156>. Acesso em: 16 jul. 2016.

MERELES, Carla. **Conheça a história da saúde pública no Brasil.** 2019. Politizei. Disponível em: brasil/https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14n3/743-752/pt/

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate.** *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 55, p. 114-130, 1997.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; STAMM, Maristela. **Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio.** *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, PR, v. 2, n. 2, p. 161-168, jul./dez. 2003.

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

MIOTO, R. C. **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.

MIOTO, R. C. T. **Família e Política Social: uma introdução ao debate sobre os processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos.** XII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social/ENPESS. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

MONTEIRO, Camila Barbosa; OLIVEIRA, Maria Carleandra Gonçalves; DE SOUZA LOPES, Silvia Helena. **As Expressões Da Questão Social Que Permeiam O Cotidiano De Pacientes Atendidos Em Um Hospital Oncológico Em Fortaleza-CE.** In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019. 2019.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social.** Cortez editora, 1996.

OLIVEIRA, Ana Paula Vaggetti; ROEHRS, Maiara Santos; GOMES, Giovana Calcagno. **A Importância Do Acompanhante E Da Visita Para O Paciente Internado No Hospital Universitário Da Furg** [s.d.]. Pastorini (2002)

ORDACGY, André da S. **A tutela de saúde como um direito fundamental do cidadão.** 2007. Disponível em <http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf> Acesso em: 04 out. 2014.

PARANHOS, Vinícius Lucas. **Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde:** Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. v.2. n.1. Belo Horizonte: Meritum, 2007.

PENSE SUS. **Reforma Sanitária.** Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>

PASSOS, Silvia da Silva Santos; PEREIRA, Álvaro; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 539-545, 2015.

PEREIRA, P. A. P. **Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar.** In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (orgs.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone De Jesus. **As expressões da questão social na saúde mental: Uma análise nos 4 CAPSs II de Teresina-PI.** Barbaroi, n. 45, p. 82, 2015.

PEREIRA, Potyara A. P. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In: BOSCHETTI, Ivanete, BEHRING, Elaine R., SANTOS, Silvana Mara de M., MIOTO, Regina C. T. (orgs.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2009.

PETRINI, Jc. **Pós-modernidade e família.** Ed. Edusc, Bauru. 2003.

PETRUCELLI, J. L. (1998). Nupcialidade. In S. M. Kaloustian (Org.), **Família brasileira: a base de tudo** (pp. 159-171). São Paulo: Cortez.

REIS, T. L. et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 70-85, 2016.

RIBEIRO, R. M., SABÓIA, A. L., BRANCO, C. H., & Bregman, S. (1998). **Estrutura familiar: trabalho e renda.** In S. M. Kaloustian (Org.), **Família brasileira: a base de tudo** (pp. 135-158). São Paulo: Cortez.).

RIZZINI, Irma; NAIFF, L.; BAPTISTA, R. **Acolhendo crianças e adolescentes.** São Paulo: Cortez, 2007.

RODRIGUES, Patrícia Matos Amatto. **A nova concepção de família no ordenamento jurídico brasileiro.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XII, n. 69, out 2009. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6792>. Acesso: 16 set. 2022.

ROMÃO, et al. **O acompanhante hospitalar: relações com a equipe de saúde e a intervenção do Serviço Social.** 2016. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba.

SABINO, Luiza. **Notas sobre arranjos familiares: a família nuclear burguesa, a monoparentalidade feminina e a família “só com mãe e avó”,** 2018. Disponível em: <<https://desconstrucaodiaria.com/2018/09/18/notas-sobre-arranjos-familiares-a-familia-nuclear-burguesa-a-monoparentalidade-feminina-e-a-familia-so-com-mae-e-avo/>>

SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (orgs.). **Política Social, Família e Juventude. Uma questão de direitos.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SALGADO, Flavia Franco. **O trabalho interdisciplinar na assistência social: análise da experiência em um CRAS de Niterói-RJ.** 2017.

SANCHES, Ieda Cristina Pereira et al. **Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado?** *Ciencia&saude coletiva*, v. 18, p. 67-76, 2013.

SANTOS, Rosemeire. Estado, famílias e proteção social: a responsabilidade é de quem?. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, 2018.

SENNE, Andressa de et al. **Políticas sociais no Brasil: uma reflexão preliminar**. 2017.

SHIOTSU, C. H.; TAKAHASHI, R. T. **O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções**. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n.1, p. 99-107, mar. 2000.

SILVA, Jéssica Caroline Medeiros. **Família: demandas para o serviço social**. ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498, v. 4, n. 4, 2008.

SILVA, Reinaldo Dos Santos Mendes. **Imagem Do Serviço Social Em Um Hospital Escola: tensões entre continuidades e rupturas**. 2020.

SOUZA, André Portela. **Políticas de Distribuições de Renda no Brasil eo Bolsa-Família**. Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getulio Vargas FGV-EESP, p. 1-36, 2011.

SOUSA, Monica; WAQUIM, Bruna. **Do direito de família ao direito das famílias**. Ano 52 Número 205 jan./mar. 2015. Disponível em: <chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/509943/001032755.pdf?sequence=1>

STAMATO, Juliane Stamato Taube. **A família e a questão da negligência: papéis atribuídos e relações estabelecidas**. 2004.

SZYMANSKI, Heloisa. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano XXIII, n. 71, p. 9-23, set. 2002.

TRINDADE, Rosa L. P. **Desvendado as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais**. IN: *Revista Temporalis*, N. 21, 2001.

VALENTE, M. L. C. S. **O Serviço Social e a expansão do judiciário: uma reflexão introdutória. O Social em Questão**, PUC, Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, v.15, n. 15, p. 92-116, 2008.

WIESE, M.; SANTOS, R. **A centralidade da família nas políticas sociais da assistência social e saúde: a relevância do debate para o serviço social**. SIBS- Relatos, 2009.

YASBEK, M. C. **Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil**. *Temporalis*, n. 3, ano 2. Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia, jan./jun. 2001. p. 33.

ZOLA, Marlene Bueno. **Políticas sociais, família e proteção social: um estudo acerca das políticas familiares em diferentes cidades/países**. In: MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (Orgs.). *Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez, 2015. p. 45-93.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO/A

Formação Acadêmica:
Tempo de atuação como Assistente Social:
Tempo de atuação como Assistente Social na Clínica Médica -HULW:

- 1) Como você identifica a composição dos vínculos familiares dos usuários atendidos no HULW na prestação de serviços de saúde durante o seu trabalho profissional?
- 2) Quais as principais demandas familiares que você observa no atendimento aos usuários internos no HULW?
- 3) Qual a relevância da família para o usuário interno na clínica médica do HULW?
- 4) Como você analisa a evidência da centralidade da família que atualmente tem sido cada vez mais requisitada pelo Estado através das políticas sociais para assumir responsabilidades enquanto dever dos cuidados em saúde dos seus entes?
- 5) Como você avalia o acompanhamento familiar dos usuários interno no HULW durante o internamento?
- 6) Como você observa as condições socioeconômicas das famílias dos usuários atendidos pelo serviço social na clínica médica do HULW?
- 7) Qual o seu entendimento quanto ao papel do Estado e das políticas sociais na proteção dos usuários e suas famílias durante o internamento hospitalar?
- 8) Na sua concepção quais as principais dificuldades da família em acompanhar os seus entes durante a internação hospitalar?

- 9) Que intervenções profissionais e institucionais são realizadas diante das ausências familiares para o acompanhamento familiar?
- 10) Quais os principais desafios do trabalho do Assistente Social com famílias durante a internação hospitalar dos usuários?
- 11) Como se desenvolve as relações interprofissionais no acompanhamento ao usuário internado para tratamento quanto a necessidade do acompanhamento familiar?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL
TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa aborda “A PERCEPÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL SOBRE OS VÍNCULOS FAMILIARES DE USUÁRIOS INTERNOS NO HOSPITAL” e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Jéssika Lima Tavares, estudante de graduação do curso de Serviço Social (UFPB/CCHLA), sob a orientação da Prof.^a Dra. Edna Tania Ferreira da Silva (DSS/UFPB).

O estudo tem como objetivo primário compreender mediante as demandas do trabalho profissional de assistente social na relação interprofissional como se dão as condições dos vínculos familiares socioeconômicos e afetivos das famílias nos cuidados em saúde dos usuários internos na clínica médica durante o acompanhamento hospitalar. Para tanto, pretende-se, com os objetivos secundários, identificar nas apreensões de Assistente Social durante o trabalho profissional na saúde as principais demandas de acompanhamento familiar aos usuários hospitalizados; Analisar o papel do Estado e das políticas sociais na proteção social à saúde de indivíduos frente às responsabilidades instituídas socialmente à família; Apreender os vínculos familiares e novos arranjos na perspectiva de problematizar os cuidados em saúde durante o acompanhamento hospitalar; Discutir como o Estado tem indicado a família como base estratégica na condução das políticas sociais públicas; Entender como se efetiva à demanda do acompanhamento familiar no trabalho profissional de Assistentes Sociais, enquanto uma competência profissional, ao participar do trabalho em equipe na saúde.

Solicitamos a sua colaboração para a realização deste estudo, respondendo a uma entrevista com tempo médio de 40 minutos e sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), em eventos e publicação em revista científica. Elucidamos que a pesquisa poderá oferecer riscos como constrangimento em decorrência de algumas perguntas relacionadas a dados do usuário do trabalho profissional.

Sendo assim, para minorar os possíveis riscos será mantido o caráter anônimo dos participantes, além de pausa e/ou retomada quanto ao tempo de duração em relação a entrevista ser realizada durante o trabalho institucional. Vale salientar que, as informações obtidas com essa pesquisa não oferecerão malefícios e prejuízos morais ou à sua saúde.

Como possíveis benefícios, os resultados poderão apresentar as problemáticas no cotidiano institucional e profissional e que necessitam serem conhecidas e analisadas para que políticas e programas de atenção a saúde das famílias possam se constituir em respostas qualificadas às necessidades em saúde, fortalecendo a recuperação e reabilitação da saúde do usuário, igualmente, permite desenvolver ações coordenadas nas diferentes especializações do trabalho interprofissional.

Contudo, emerge a importante discussão sobre a percepção no trabalho profissional de assistente social sobre os vínculos familiares nos cuidados em saúde dos usuários hospitalizados, permitindo sistematizar as demandas e respostas articuladas no cotidiano e analisar os desafios enfrentados pelas famílias no acompanhamento de seus entes internos no hospital e quais as contribuições necessárias às providências adotadas pelo Estado e/ou instituição para suprir a ausência e necessidades específicas desse acompanhamento.

Esclarecemos que sua participação neste estudo é voluntária e, portanto, não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Se, porventura, optar em não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não acarretará em nenhuma penalidade. A pesquisa também não gera ônus econômico ou financeiro ao participante. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

Concordo em participar do estudo acima mencionado. Declaro, ainda, que estou ciente dos objetivos que fui informado (a) e da relevância do estudo proposto e dos riscos que dele decorre de forma que poderei deixar o estudo a qualquer momento, sem penalização, e que os dados fornecidos poderão ser utilizados com fins acadêmicos e científicos, apoiando publicações futuras, assegurando sempre meu anonimato. Estou ciente que receberei uma via deste documento.

João Pessoa, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante

Contato com a pesquisadora responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Jéssika Lima Tavares, telefone: (83) 988358327; E-mail: <jlt@ academico.ufpb.br> ou com a orientadora Profa. Dra. Edna Tania Ferreira da Silva, telefone: (83) 32167405; E-mail: edna.tania@academico.ufpb.br ou, ainda, para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) - 1º andar/ Campus I / Cidade Universitária. Bairro CEP: 58059-900 – João Pessoa-PB. Telefone: (83) 3216-7791, e-mail: comiteetica@ccs.ufpb.br.. Horário do Expediente: 7h00 às 12h00 e 13h00 às 16h00 hs.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HU

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL SOBRE OS VÍNCULOS FAMILIARES DE USUÁRIOS INTERNOS NO HOSPITAL

Pesquisador: Edna Tania Ferreira da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66820522.3.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.911.781

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso da aluna JÉSSICA LIMA TAVARES, sob a orientação da Professora Edna Tania Ferreira da Silva, apresentado à disciplina

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I, do Curso de Bacharelado em Serviço Social, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba.

Será realizado uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, permeada por levantamento bibliográfico e dados secundários publicizados em estudos para explicitar a compreensão do tema e análise do objeto. Os sujeitos desta pesquisa serão os profissionais do Serviço Social, da Clínica Médica do HULW. Para a fase de coleta dos dados primários recorrer

-se-á ao roteiro de entrevista semi-estruturado, que foi formulado com base em uma estrutura ampla e norteada por questões que indagam o objeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender mediante as demandas do trabalho profissional de assistente social na relação interprofissional como se dá as condições dos vínculos familiares socioeconômicos e afetivos das famílias nos cuidados em saúde dos usuários internos na clínica médica durante o acompanhamento

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB 2º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.911.781

hospitalar.

Objetivo Secundário:

Identificar nas apreensões de Assistente Social durante o trabalho profissional na saúde as principais demandas de acompanhamento familiar aos usuários hospitalizados; Analisar o papel do Estado e das políticas sociais na proteção social à saúde de indivíduos frente as responsabilidades instituídas socialmente à família; Apreender os vínculos familiares e novos arranjos na perspectiva de problematizar os cuidados em saúde durante o acompanhamento hospitalar; Discutir como o Estado tem indicado a família como base estratégica na condução das políticas sociais públicas; Entender como se efetiva a demanda do acompanhamento familiar no trabalho profissional de AS, enquanto uma competência profissional, ao participar do trabalho em equipe na saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Dado o tempo médio para realização da entrevista, que é estimado em aproximadamente 40 minutos, podem ocorrer interrupções, devido ao assistente social estar em seu local de trabalho exercendo suas atividades, que pretendemos dirimir através de pausas e retomada em outro momento. Durante a pesquisa os assistentes sociais podem revelar dados das vulnerabilidades sociais e situações de risco as quais são vivenciadas pelas famílias dos usuários. O uso do gravador solicitado poderá incomodar e para minimizar o risco a entrevistada terá como alternativa a substituição pela entrevista manuscrita.

Benefícios:

Como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão apresentar análises aprofundadas acerca da problemática estudada no cotidiano institucional e profissional que necessitam serem conhecidas para que políticas e programas de atenção a saúde das famílias possam se constituir respostas qualificadas às necessidades em saúde dos usuários, fortalecendo a recuperação e reabilitação da saúde do usuário, igualmente, permite desenvolver ações coordenadas nas diferentes especializações do trabalho interprofissional. Contudo, emerge a importante discussão sobre a percepção no trabalho profissional de assistente social sobre os vínculos familiares nos cuidados em saúde dos usuários.

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar		
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 58.051-900
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA	
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791	E-mail: comitedeeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.911.781

hospitalizados, permitindo sistematizar as demandas e respostas articuladas no cotidiano e analisar os desafios enfrentados pelas famílias no acompanhamento de seus entes internos no hospital. Desse modo, o referido estudo tem como perspectiva aprofundar o acúmulo de conhecimento no debate nacional no Serviço Social na área da saúde das questões que envolvem a família, a compreensão das transformações sociais e familiares que se expressam na contemporaneidade, a família como objeto das políticas públicas, o trabalho com famílias, o direito do usuário em tratamento ao acompanhamento familiar, dentre outras questões abordadas.

Igualmente, poderá se reverter em dados e análise para os profissionais da instituição, a fim de lhes apresentar informações da realidade socioeconômica e familiar em que estão inseridos os usuários dos serviços de saúde, orientando assim o trabalho na articulação multiprofissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta está adequadamente elaborada e permite tecer julgamentos concernentes aos aspectos éticos/metodológicos envolvidos, conforme diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS, MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados possibilitando adequada avaliação no que se refere aos aspectos éticos e metodológicos.

Recomendações:

(O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-CCS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o(a) pesquisador(a) atendeu adequadamente às recomendações feitas por este Colegiado em parecer anterior a este, e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS/MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar		
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 58.051-900	
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA	
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791	E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.911.781

Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2066802.pdf	31/12/2022 17:59:35		Aceito
Outros	Certidao.pdf	31/12/2022 12:07:10	Edna Tania Ferreira da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/12/2022 12:04:43	Edna Tania Ferreira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	31/12/2022 12:04:22	Edna Tania Ferreira da Silva	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	31/12/2022 09:58:07	Edna Tania Ferreira da Silva	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	31/12/2022 09:56:58	Edna Tania Ferreira da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/12/2022 09:41:29	Edna Tania Ferreira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	31/12/2022 09:34:29	Edna Tania Ferreira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	31/12/2022 09:32:15	Edna Tania Ferreira da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB 2.º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 5.911.781

JOAO PESSOA, 27 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA- CEP/CCS



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Rua Estanislau Eloy, s/nº - Bairro Castelo Branco

João Pessoa-PB, CEP 58050-585

- <http://hulw-ufpb.ebserh.gov.br>

Ofício - SEI nº 31/2023/SGPITS/GEP/HULW-UFPB-EBSERH

João Pessoa, 07 de março de 2023.

Assunto: **Anuência Definitiva**

Referência: Processo nº 23539.029908/2022-46

Interessados: **EDNA TANIA FERREIRA DA SILVA; UMULTI/DCDT/GAS/HULW-UFPB.**

O Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde (SGPITS), responsável pela análise, orientação e anuência para realização dos estudos no âmbito do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), autoriza a realização do estudo "A PERCEÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL SOBRE OS VÍNCULOS FAMILIARES DE USUÁRIOS INTERNOS NO HOSPITAL", a ser conduzido pelas pesquisadoras abaixo relacionadas no seguinte setor: **UMULTI/DCDT/GAS/HULW-UFPB** e coleta de dados a ser finalizada em **28/03/2023**, conforme constante em Projeto de Pesquisa em ANEXO ([26425681](#)). Fomos informados pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na Instituição a qual representamos.

Declaramos ainda ter lido e concordar com o Parecer Ético em ANEXO (28186215) emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante da presente Pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Equipe de Pesquisa:

- Edna Tania Ferreira da Silva: Pesquisador Principal;

- Jessika Uma Tavares: Graduando.

Obs.: A utilização de credencial de Pesquisador aos ambientes de coleta de dados é OBRIGATÓRIA E SEU USO É INTRANSFERÍVEL.

Atenciosamente,

VIRGÍNIA DE ARAÚJO PORTO
Chefe da Unidade de Gestão da Pesquisa
Mat. SIAPE nº **916**

	Documento assinado eletronicamente por Virginia de Araujo Porto, Chefe de Setor, Substituto(a), em 07/03/2023, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.
	A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 28186265 e o código CRC 4568F06C.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23539.029908/2022-46	SEI nº 28186265
--	------------------------