



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CAMPUS URUGUAIANA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIDISCIPLINAR EM  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**MAICON LUIS MINHO**

**“EM PAUTA REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DO  
SERVIÇO SOCIAL EM UTI’S NEONATAIS”**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA  
URUGUAIANA**

**2017**

**MAICON LUIS MINHO**

**“EM PAUTA REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DO  
SERVIÇO SOCIAL EM UTI’S NEONATAIS”**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Urgência e Emergência.

Orientadora: Profa. Dra. Elisangela Maia Pessoa

**URUGUAIANA**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**  
**CAMPUS URUGUAIANA**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM**  
**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Residência

**EM PAUTA REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DO**  
**SERVIÇO SOCIAL EM UTI'S NEONATAIS**

Elaborado por

**Maicon Luís Minho**

Como requisito parcial para a obtenção do grau de

**Especialista em Urgência e Emergência**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Profa. Dra. Elisangela Maia Pessoa(UNIPAMPA)**

Orientadora/Presidente

---

**Assistente Social. Especialista Cátia Cilene Rodrigues Mazaro (HSCCU)**

---

**Prof. Dr.a Rosilaine Coradini Guilherme (UNIPAMPA)**

## SUMÁRIO

<b>FOLHA DE APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>I. Notas Iniciais.....</b>	<b>6</b>
<b>II. AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO E AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA UTI NEONATAL.....</b>	<b>13</b>
<b>III. A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM UTI NEONATAL: A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA.....</b>	<b>18</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>24</b>
<b>REREFENCIAS .....</b>	<b>26</b>
<b>IV. ANEXO I – Normas para submissão da Revista Argumentum.....</b>	<b>29</b>

O presente Trabalho de Conclusão de Residência intitulado “**EM PAUTA REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM UTI’S NEONATAIS**” aqui apresentado no formato de artigo científico seguirá as normas da Revista Argumentum, vinculado a Universidade Federal do Espírito Santo (Anexo 1).

## **EM PAUTA REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM UTI'S NEONATAIS**

### **RESUMO**

Este estudo tem a intenção de trazer reflexões, teóricas e analíticas, a respeito da inserção do profissional do Serviço Social em unidades de tratamento intensivo, mais especificamente em unidade Neonatal, a partir de experiência vivenciada pelo currículo de formação do programa de Residência em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa, para os residentes de segundo ano (R2). A partir da inserção nesta unidade, foram relatadas as práticas de execução das atividades, propostas de trabalho e desafios enfrentados. Para dar visibilidade a experiência foi realizada uma pesquisa qualitativa com recorte documental em relatórios mensais produzidos pelo núcleo de Serviço Social dentro do programa e revisão bibliográfica em políticas, portarias e legislações que asseguram as práticas profissionais nesta unidade. Buscou-se ainda enquanto objetivos gerais e específicos, entender quais são os principais desafios de inserção profissional, identificar quais as expressões da questão social e quais as políticas públicas que norteiam esta prática. Durante a produção deste estudo foram evidenciados alguns fatores relevantes para suscitar a discussão dos resultados, como a falta de produções acadêmicas e científicas nesta área específica, a resistência quanto à inserção de uma equipe multiprofissional de residentes em uma unidade estritamente fechada, a importância de ter um assistente social presente nas discussões e atendimento, e ainda identificar quais as demandas do profissional do Serviço Social, suas possibilidades de intervenção e atuação diária. Torna-se de grande importância enquanto demanda para o Serviço Social, o acolhimento e escuta sensível a partir de perspectiva humanizada em reconhecimento a autonomia dos sujeitos. Emerge no âmbito do cotidiano das famílias várias expressões da questão social, como baixa renda e escolaridade. Cabe ao assistente social, postura crítica a partir do projeto ético político, tendo como respaldo as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa na busca intensa pelo respeito a singularidade de cada sujeito, prestando atendimento de forma crítica e propositiva.

**Palavras-chave:** Saúde. Serviço Social. UTI Neonatal.

## I. NOTAS INICIAIS

A concepção de saúde em seu estado de plenitude está ligada diretamente a fatores sociais, culturais, religiosos, econômicos e políticos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1948, p. 100), define-se saúde como, “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. Porém este conceito necessita de constante reafirmação e discussão na cena contemporânea, o que obviamente deve perpassar o sistema capitalista vigente. É notório que houveram avanços, no entendimento, sobre doenças envolvendo por exemplo a saúde do trabalhador onde pode ser relacionadas patologias que envolvem o stress, o TOC (transtorno obsessivo compulsivo), a Síndrome de Bournout relacionada ao esgotamento físico e mental, doenças relacionadas ao meio ambiente, como as infecções respiratórias e ainda questões muito simples, como o saneamento básico, que pode ser causador de doenças como a dengue.

As conquistas no campo do direito a saúde não foram concebidas por benesse, mas motivadas via movimentos de resistência de determinadas conjunturas, sendo que alguns perduram na contemporaneidade. O conceito de saúde indicado pela Organização Mundial da Saúde (1948) é apenas um dos marcos históricos na construção de um olhar integral a saúde. Nas décadas de 1970 e 1980, este conceito mais amplo embora importante, na prática não estava dando conta da demanda que se apresentava, uma vez que nem todo o cidadão vinha tendo acesso ao direito à saúde. Assim, o movimento de Reforma Sanitária, no início da década de 1970, passa se articular em busca de efetivar um serviço de saúde democrático que contemplasse a população de forma geral. Assim, a “realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde (...) restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo à lógica contraprestacional e da cidadania regulada” (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2014, p.1)

O grande marco da reforma sanitária<sup>1</sup> ocorre em 1986, quando aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde diversas representações da sociedade civil se organizam

---

<sup>1</sup> O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: Site Fundação Osvaldo Cruz. Disponível em < <https://portal.fiocruz.br/pt-br>>.

para discutir um novo conceito de saúde, que atendesse de fato as necessidades da população e estivesse adequado com a realidade social da época. Foi então deliberado no Relatório da 8ª conferência que a saúde passa a ser definida como o “resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes” (BRASIL, 1986, s.p.). O embasamento legal e teórico para o nascimento do Sistema Único de Saúde estava a pleno vapor, a partir das deliberações da VIII Conferência de Saúde, e seu arranjo muito bem direcionado ao visar um sistema de saúde que viesse a contemplar a todos de forma igualitária independente de contribuição ou não. Dessa forma a Constituição Federal de 1988, em seu texto traz a saúde como um direito constitucional, indicando que saúde é direito de todos e “dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 86).

Sendo assim o histórico de pensar sobre saúde emerge em um campo de conflito entre Estado, movimentos sociais, categorias profissionais, poderes executivo e legislativo. A constituição federal de 1988 torna-se um marco para saúde a partir do momento que institui a Seguridade Social<sup>2</sup> com o tripé previdência, saúde e assistência social. Estabelecido o tripé, em 1990, se dá a criação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro daquele ano, que dispõe sobre a implementação e execução dos serviços de saúde, seus níveis de atenção, princípios e diretrizes, e sua principal marca como política pública de acesso universal, público e igualitário, para toda população. No Brasil o sistema de saúde está estruturado por níveis, que se diferem entre si pelo grau de atenção e complexidade, os níveis estão distribuídos entre primário, secundário e terciário. Neste estudo o que se busca é compreender como o serviço de saúde materno infantil está sendo ofertado, em um nível mais complexo, porém é na atenção básica que o acompanhamento tem início, ou seja, no nível primário, onde as gestantes dão início ao pré-natal, com consultas de rotina durante a gestação, monitoramento e acompanhamento do feto, e ainda com a participação em grupos de convivência para gestantes, onde é possível fortalecer vínculos com a Estratégia de Saúde

---

<sup>2</sup> O tripé da seguridade social, termo que aparece no cenário das políticas de direito a partir da Constituição Federal de 1988, diz respeito às políticas de saúde, assistência e previdência. Saúde de forma e acesso público e universal, ou seja, um direito garantido a todos, assistência a partir de políticas específicas e critérios de renda e recortes sociais que nele se encaixem, e previdência social de forma contributiva para os que dela necessitem, através do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), com arrecadações através do fundo de garantia dos trabalhadores.



de Família de referência de seu bairro, bem como equipe, médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Assim a atenção básica é

O ponto de contato preferencial dos usuários com SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 2005, p.36).

Os pressupostos da atenção básica, indicam que os serviços aconteçam não apenas na unidade básica de saúde (UBS), mas sim em todos os espaços da comunidade, como escolas, centros comunitários e associações de bairro, etc. Os agentes de saúde tem importante papel nesse processo, pois são eles o principal elo entre os usuários de sua área e a unidade de saúde, bem como sua equipe complementar conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Já no nível de saúde secundário, estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e hospitais de médio porte, onde são ofertados serviços mais complexos e procedimentos invasivos, que diferentemente do nível básico não são oferecidos, tratamento de doenças crônicas e urgências, consultas com médicos especialistas e exames complementares.

Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 10).

Em um nível mais complexo está o atendimento terciário, onde hospitais de grande porte e referências regionais atendem demandas de urgências e também tratamentos intensivos (com as mais diversas Unidades de Tratamento Intensivo - UTIs), com médicos especialistas, divididos em áreas e unidades de atendimento, com exames e cirurgias com sistemas de tecnologias avançadas.

Envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra-cardíacos; laboratório de eletro-fisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia (BRASIL, 2005, p. 36).

Baseado nos níveis apresentados e nos conceitos que estes trazem, e nas principais diretrizes e princípios do SUS, estão ainda inseridas as Redes de Atenção à Saúde - RAS, que levam em consideração a territorialidade e a historicidade de cada indivíduo, e que materializadas pela Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 objetivo “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, 2010, p 12).

Neste cenário de diferentes níveis de atenção a saúde e de uma gama de diferentes usuários, como por exemplo, os recém-nascidos em estado crítico, insere-se diferentes profissionais nos atendimentos, como os (as) assistente social, que intervém com vistas a efetivação de um projeto ético-político profissional, buscando romper com o modelo de saúde hospitalocêntrico, centrado apenas na figura do médico. Dar suporte aos pais e familiares de recém-nascidos em estado grave é um dos pontos principais que justificam a presença do assistente social em uma unidade de tratamento intensivo. Porém destaca-se que o (a):

(...) o assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais (IAMAMOTO, 2001, p.64-65).

É neste sentido, com trabalho interdisciplinar, e visando atendimento amplo, aos usuários dos serviços de saúde que os profissionais intervém. Buscam enxergar os sujeitos como um todo, não apenas no contexto da doença. Propõe ações de trabalho multiprofissional e intervenções humanizadas, porém não raro, essas intervenções se constituem enquanto

desafios para a efetivação da identidade profissional em unidades de saúde. Refletindo sobre a inserção dos (das) assistentes sociais na saúde indica-se que a mesma emergiu com maior intensidade a partir do novo conceito de saúde indicado pela OMS em 1948, pois a inclusão de aspectos biopsicossociais ampliou as possibilidades de contratação de diversos profissionais. Os profissionais do Serviço Social passaram a intervir nos hospitais “colocando-se entre a instituição e o usuário, com a finalidade de facilitar o acesso dos mesmos aos serviços e benefícios, fazendo uso de ações como o plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (CAMPOS, 2010, p.8). O grande desafio dos profissionais do Serviço Social nos serviços de saúde, consiste na disputa de modelos de projetos de saúde que ainda estão em disputa, ou seja, o (a) assistente social preza pelas bandeiras de luta do movimento de reforma sanitária que historicamente traz lutas de inclusão e políticas de acesso aos serviços de saúde, de forma pública e de acesso universal o que vai na contramão do modelo privatista, que permanece se reafirmando como necessário, e que não tem interesse algum de que os usuários tenham acesso e informação a respeito de seus direitos, muito menos de forma pública. Infelizmente historicamente o Estado “ora fortalece o primeiro, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, características do segundo projeto” (BRAVO; MATOS; 2012. p.43).

Os profissionais do Serviço Social, baseado em seu código de ética (1993), projeto ético-político e no documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social “Os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde, 2009” tem como bandeira de luta a efetivação dos direitos sociais, pautados no cuidado ampliado em saúde, refletindo e buscando entender o indivíduo em seu contexto biopsicossocial, não apenas no contexto de doença, como historicamente outras profissões da área da saúde vêm fazendo. Assim as intervenções pressupõem

leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos, formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários á garantia e a ampliação dos direitos (CFESS, 2009, p. 35).

As intervenções baseiam-se no objeto de trabalho do assistente social, a questão social, que assim como marcadores de saúde, manifesta-se de diversas formas, seja na saúde física ou

mental. São levados em conta neste processo o cenário social onde este indivíduo vive, escolaridade, habitação, condições de trabalho, renda, gênero, etc. Esses condicionantes permitem ao profissional “realizar a análise crítica da realidade (...) estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas (...) ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentem em seu cotidiano” (CFESS, 2009, p. 35). Um dos espaços de intervenção profissional do profissional do Serviço Social tem se constituído no âmbito das residências profissionais e multiprofissionais em saúde. O Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, vinculado a Universidade Federal Do Pampa, campus Uruguaiana, tem como objetivo dar formação continuada a profissionais da saúde das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Serviço Social, “baseados nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizados em sua política, pela Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990, garantindo assim a universalidade no acesso, a integralidade e equidade no atendimento” (UNIPAMPA, 2015, p.10). Para fins de contextualização do surgimento deste estudo, o programa de residência, proporciona aos residentes de segundo ano (R2), a inserção em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTI NEO), especificamente para o assistente social pelo período de um ano, juntamente com a equipe multiprofissional. Essa UTI NEO é uma unidade de referência da 10ª coordenadoria de Saúde Regional do Estado e, para os municípios da Fronteira Oeste, recebe muitos usuários de outras cidades, com demandas e intervenções latentes para os profissionais do Serviço Social, onde se faz necessário o acolhimento, acompanhamento, e efetivação de direitos dos RN's (recém nascidos) seus familiares e/ou acompanhantes. Este estudo tem relevância na medida em que se propõem trazer reflexão acerca da intervenção do profissional do Serviço Social, até então ainda restrita em uma unidade de terapia intensiva, fechada e que se utiliza de tecnologias duras<sup>3</sup> para o tratamento, deixando o acompanhamento com as famílias em segundo plano.

Sendo assim se estabeleceu o seguinte objetivo geral de pesquisa: Analisar como pode ocorrer a intervenção do profissional do Serviço Social em UTI Neonatal. Enquanto objetivos específicos se elencou-se: Pontuar como ocorre o uso das três dimensões da profissão na prática da intervenção da UTI neonatal. Verificar a partir do objeto de trabalho profissional quais são as expressões da questão social que surgem nesse espaço de atendimento. Identificar quais são as políticas de atendimento e assistência aos neonatos e suas famílias e indicar quais

---

<sup>3</sup> Segundo Merhy, (2006, p.113) “as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o ponto final. As tecnologias leves, são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais”.

são os desafios e perspectivas de intervenção na UTI neonatal. Foi realizada pesquisa qualitativa com levantamento bibliográfico e pesquisa documental, tendo como fonte de coleta de dados material produzido pelo profissional durante a atuação na UTI NEO<sup>4</sup> e legislações da área. Os dados foram analisados por análise de conteúdo a luz do método dialético crítico a partir das categorias totalidade, historicidade e contradição. Espera-se a partir do estudo dar visibilidade a experiência de inserção nesta unidade, pois serão relatadas as práticas de execução das atividades, propostas de trabalho e desafios e perspectivas possíveis ao profissional do Serviço Social, considerando a escassa produção na área.

## **II. AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO E AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA UTI NEONATAL**

Segundo a Portaria 3.432 de 12 de Agosto de (1998, p.6) são consideradas UTI's, “unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios,” contando ainda com recursos humanos capacitados para a especialidade em que se propõem, e que tenham acesso a outras tecnologias que se destinem ao tratamento. Esta mesma portaria traz ainda informações específicas e importantes sobre a instalação de uma unidade deste porte em hospitais;

(...) podem atender grupos etários específicos; a saber: Neonatal: atendem pacientes de 0 a 28 dias; Pediátrico: atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares; Adulto: atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares (...) voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a um grupo específico de doenças (...) todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais (...) todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal (BRASIL, 1998, p.1).

As unidades de terapia intensiva se dividem em tipo I, II e III, todas elas ligadas diretamente ao porte do hospital, ao número populacional, e aos serviços que dispõem, sendo que em todas elas é necessário que se tenha equipes técnicas disponíveis durante 24 horas, bem como serviços ambulatoriais e análises clínicas. A unidade de terapia intensiva Neonatal é o lugar específico para onde são levados os bebês com nascimento prematuro – abaixo de 37

---

<sup>4</sup> Relatórios, projetos, fichamentos, etc.

semanas – ou com complicações em decorrência do parto, bebês que necessitam de cuidado ou procedimentos cirúrgicos devido a patologias durante a gestação ou intercorrências durante o parto. Assim, a UTI NEO, é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao “recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos” (BRASIL, 2012, p.5). Conforme a Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012 que define as diretrizes e objetivos para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave são considerados recém-nascidos bebês de zero (0) até vinte e oito (28) dias de vida. Segundo o Art. 3º desta mesma portaria, são diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:

I - o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; II - promoção da equidade; III - integralidade da assistência; IV - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; - atenção humanizada; e VI - estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2012, p.2).

As unidades Intensivas Neonatais, assim como as gerais, adultas e de outras especialidades, também têm critérios e subdivisões, são divididas de acordo com os níveis de complexidade, nos seguintes termos: I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A política nacional de saúde, prevê acompanhamento as gestantes, pré e pós parto, junto com o cuidado ao recém-nascido (RN). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 prevê o cuidado e a proteção integral à criança e ao adolescente, incluindo RN's que necessitem de cuidados intensivos em hospitais de atendimento Neonatal. Assim os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos; II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente; III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais; IV - fornecer declaração de nascimento onde

constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato; V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (BRASIL, 1990, p.1).

Na Política Nacional de Humanização (2003) e as portarias que compõem esta linha de cuidado, estão dispostos os serviços de acompanhamento do RN e suas famílias, entre eles: livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; visitas programadas dos familiares; informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia. As UCINC a (Unidade de Cuidado intermediário Canguru), são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura deve permitir acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a data da alta hospitalar. Os hospitais que contam com a unidade neonatal devem ainda dispor de serviços de aleitamento materno através de banco de leite, grupos de familiares das unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo e rotina de visitas.

Se faz necessário conhecer também quais as são as expressões da questão social que emergem em uma unidade com características tão peculiares como esta. Para suscitar a discussão é necessário pontuar com clareza o que é a questão social – objeto de trabalho do assistente social – e quais são as suas expressões, a partir de sua essência mais pura e comum, o conflito entre capital versus trabalho. Segundo Iamamoto; Carvalho (1995) a questão social é manifestada no cotidiano da vida social, na contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção.

Assim a questão social denota um conjunto das expressões e resistência que definem as desigualdades da sociedade. É pautado basicamente neste conceito que são norteadas as intervenções do profissional assistente social, quando se depara com a pobreza, desemprego, fome, violência e direitos humanos violados pela sociedade em que transita. Como expressão da questão social mais latente nesta unidade, temos a falta de acesso a pré-natal adequado, ou seja, a gestante não recebe o devido acompanhamento de um médico obstetra durante todas as fases da gestação, onde são detectados importantes fatores de risco tanto para a parturiente quanto para o desenvolvimento e nascimento do feto.

A falta de acompanhamento retrata um cenário de carência de acesso a bens e serviços, o que denota a desigualdade social no acesso a saúde de forma integral. Segundo o Ministério da Saúde em seu manual técnico de gestação de alto risco:

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade desta atenção ainda não é satisfatória, sendo necessário que o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, assim como os estados e municípios, desenvolvam estratégias que possibilitem a organização dos sistemas de atenção com o estabelecimento de compromisso e responsabilização pelo cuidado em todos os níveis da atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2012, p.7).

O pré-natal falho demonstra algumas fragilidades como vínculo fragilizado com a estratégia de saúde da família da qual está gestante esta, ou deveria estar referenciada. Existe também a falta de informação a respeito da importância deste acompanhamento, ou ainda aquelas gestantes que estão em situação de rua, seja por uso de drogas ou por laços rompidos com a família, que acabam simplesmente passando a gestação sem receber atendimento algum. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 traz algumas diretrizes importantes para o cuidado, das quais vale ressaltar;

Assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2002, p.5).

Os índices de gravidez na adolescência são uma expressão latente também nesta unidade de atendimento, puérperas entre 14 e 18 anos são recorrentes, tanto do município de Uruguaiana quanto dos municípios de referência da região (Itaqui, Alegrete, Barra do Quaraí). Com base nos relatórios de atendimento, e entrevista social foram registrados no primeiro semestre do ano de 2017 seis internações de neonatos com pais dentro desta faixa etária, o que desencadeia uma série de complicadores, desde relatos em que os pais ficaram sabendo da gestação apenas no último trimestre, por medo ou receio dos filhos contarem, ausência de pré-natal, evasão escolar e ainda também um registro de doenças sexualmente transmissíveis não tratada que afetou o desenvolvimento do feto (sífilis congênita). Neste sentido, cabe discutir, mesmo que de forma breve, a respeito das representações sociais da maternidade na adolescência, a de se levar em conta o contexto sócio-econômico-cultural destas adolescentes, uma vez oriundas de famílias onde ser mãe muito jovem pode ter diferentes significados, podendo representar um “problema” ou não, exceto pelo fato de toda carga de novas responsabilidades, econômicas e emocionais, em alguns casos significa apenas reprodução de comportamento das mães, irmãs e avós, além é claro de representar emancipação e um novo



status social no grupo familiar. Como demonstra claramente um estudo realizado no ano e 2014, em uma capital brasileira com adolescentes de 14 a 20 anos;

[...] a alternância dos significados para a maternidade na adolescência, enquanto positivos e negativos, está relacionada direta ou indiretamente com o contexto familiar, econômico, psicológico e social da adolescente, pois algumas delas em pesquisas expressam sentimentos de medo em relação aos cuidados com o bebê, estresse emocional, mas também revelam o aumento da autoestima, felicidade, orgulho, maturidade e crescimento (ARAÚJO, p.37, 2014).

Fica exposto também nos atendimentos a, vulnerabilidade social, sendo essa transversal a todas as unidades de serviços e atendimentos, os fatores econômicos, sociais e culturais são marcadores de saúde importantes para que se possam entender os processos pelos quais os usuários passaram até chegar a uma unidade determinada de serviço ou nível de complexidade. Conforme destaca o Ministério da Saúde, especificamente a rede humanizaSUS fatores “socioeconômicos, como renda, educação, qualidade de moradia e ambiente de trabalho, os chamados determinantes sociais da saúde, são tão ou mais importantes que a assistência médica, como confirma o relatório da Organização Mundial da Saúde” (OMS, 2008, p 32).

Na UTI Neonatal também não é diferente, o desemprego é comum entre os pais (pai e mãe), é necessário que se faça uma avaliação, e na maioria dos casos a concessão de alimentação para ambos, ou apenas para mãe, afim de que se possa preservar o vínculo do binômio mãe-bebê, e que ela/ou eles, os pais, possam permanecer o maior tempo possível dentro hospital, facilitando e garantindo o direito a amamentação, o fortalecimento do vínculos familiares e também para acompanhar o passo a passo da evolução clínica do bebê. Destaca-se que

Pais cujo o filho recém-nascido está gravemente enfermo ou separado deles por longos períodos podem mostrar uma ligação deficiente com a criança durante vários anos. No entanto, para suportar os rigores da prestação de cuidados a um recém-nascido de alto-risco, eles devem desenvolver um vínculo forte. [...] promover o vínculo continuando a estimular a visita frequente a prestação de cuidados, os telefonemas e outras interações (KENNER, 2001, p.277).

O nível de escolaridade dos pais e familiares, não ultrapassa a média de ensino fundamental, sendo que no primeiro semestre deste ano, conforme registros de atendimentos feitos<sup>5</sup>, apenas um caso onde ambos possuíam ensino superior completo, dois casos onde apenas mães possuíam cursos técnicos, sendo o restante apenas com ensino fundamental completo ou incompleto.

O nível de escolaridade apresenta importantes relações com o estilo de vida e comportamentos relacionados à saúde. Sujeitos com maior tempo de educação formal apresentam maior capacidade para o autocuidado, de engajamento em programas de prevenção e na resolução de problemas de saúde-doença. Além disso, a educação é um indicador estável em adultos, facilmente mensurado e válido (SOUZA, p.81, 2012).

O fator acima exposto está diretamente ligado ao entendimento dos usuários quanto à saúde/ ou tratamento, influenciando desde o pré-natal, onde por vezes as gestantes deixam de fazer ou fazem de forma inadequada o acompanhamento, por não entenderem a real importância e necessidade desse procedimento para o desenvolvimento do feto. O mesmo acontece quando, no momento da internação, as informações recebidas do médico, ou da equipe responsável não são assimiladas pelos familiares, ou até mesmo distorcidas, o que se torna um agente causador de angústia, ansiedade e até mesmo criando fantasias na cabeça dos usuários quanto ao real estado clínico dos filhos. Isto é perfeitamente entendível, pois partindo do pressuposto de que as famílias são leigas no assunto, e que as informações em sua grande maioria são complexas, e em um momento de abalo emocional tudo se torna mais difícil de assimilar, deixando margem para que se criem fantasias ou maximizem a realidade dos fatos. Nesse sentido, a lógica não deve ser de culpabilização das famílias, mas de garantia de acesso à informação.

### **III - A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM UTI NEONATAL: A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA**

---

<sup>5</sup> Para fins de elucidação, quando aqui se fala em atendimento, se fala de atendimentos realizados pelo programa de residência, especificamente pelo Serviço Social, sendo que, cumpre-se uma semana padrão dívida em atividades práticas e teóricas, e que os dias de atendimento em diversos momentos foram limitados apenas a turnos de trabalho (por especificidades da unidade), as ações acontecerão sempre nas segundas, quartas e quintas-feiras. Nos meses de abril a junho, foram registrados nove atendimentos, sendo esse um dado próprio do programa de residência, e não do hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana.

Falar de uma unidade de terapia intensiva (UTI), nunca será tarefa fácil, pois o nome e a sigla desta vêm carregada de significados negativos, que socialmente e culturalmente foram disseminados ao longo do tempo na sociedade. A composição da sigla causa extremo desconforto, medo, angústia e até pavor, porque está difundida a ideia de que, quem está internado em uma unidade de tratamento intensivo está correndo risco de morte. Em algumas situações essa questão procede, porque se trata de pacientes com quadros clínicos graves, mas de forma geral a UTI deve remeter ao usuário que necessita de cuidados intensivos (diferente de outras unidades), equipe exclusiva, e especialidades médicas de cuidado. Estas percepções também estão muito presentes na unidade Neonatal, maximizadas pelo apelo emocional por se tratar de crianças recém nascidas, em estado de prematuridade extrema<sup>6</sup>, doenças congênicas, e outras complicações decorrentes da gestação sem acompanhamento adequado, como já citado anteriormente. Nesse sentido, se torna fundamental a busca de equilíbrio e amadurecimento profissional diante de demandas que mesmo sendo delicadas requerem intervenção concretas e em alguns momentos inclusive incisivas na busca de materialização de direitos. Todo esse contexto de unidades de terapia intensiva, e unidade neonatal acabam refletindo nas equipes de trabalho. O grupo de residentes foi apenas o segundo a entrar nesta unidade, e sentiu enorme dificuldade em transpor determinados bloqueios, dificuldades de entrosamento, não aceitação das novas propostas e até mesmo rejeição dos profissionais.

Foi necessário grande desprendimento das equipes de residentes (R2) para continuar dentro da unidade. Compreender as dificuldades das equipes para aceitar residentes foi o primeiro passo para resistir. Uma nova equipe, com novas ideias e proposições em uma unidade fechada, com uma equipe coesa e com a característica de estar a bastante tempo trabalhando juntos e no mesmo lugar, pode ser vista como uma ameaça a padrões estabelecidos. Transpor a rotina e inserir-se foi o ponto chave para dar início as atividades, e contar com o apoio das equipes. Destaca-se a importância de fortalecimento de equipes interdisciplinares uma vez que o modelo biomédico ainda é muito forte em todos os níveis de atendimento à saúde, principalmente no ambiente hospitalar. Conforme Menedez, 1992, os principais pontos a transpor o modelo biomédico hegemônico são, “o individualismo, visão de saúde/doença como mercadoria, ênfase no biologismo, a historicidade da prática médica, medicalização dos problemas, privilégio da medicina curativa, estímulo ao consumismo médico e a participação passiva e subordinada dos consumidores”.

---

<sup>6</sup> É considerado recém-nascido prematuro extremo os bebês nascidos abaixo de 26 semanas de gestação.

Em se tratando das atividades de trabalho delegadas ao assistente social dentro da unidade de terapia intensiva neonatal do hospital, inicialmente para conhecer quem são os usuários, foi iniciado o trabalho de acolhimento com as famílias<sup>7</sup> com a característica de receber RN's e famílias de outras cidades, devido à referência regional do hospital enquanto unidade de atendimento e ambulatório de alto risco, assim como em nível estadual, devido ao registro junto a central de leitos do estado. Foi nesse contexto de acolhimento que o Serviço Social começou a conquistar seu espaço. Uma vez chegados e acolhidos, os pais destes RN's necessitam de alojamento, o que normalmente acontece em um quarto de enfermaria da pediatria, (unidade mais próxima da UTI NEO), o que facilita o vínculo com esta família, que na maioria dos casos dura semanas ou até meses. Destaca-se a importância de prestar informações sobre a rotina do hospital, da unidade, dos procedimentos e equipamentos da unidade. Estas “informações podem ser de natureza mais diversa, circunscritas ao âmbito da instituição de saúde na qual ele se encontra, bem como informações referentes à outras políticas sociais ou serviços sociais essenciais à sua situação” (CHUPEL; MIOTO, 2010, p.17).

O desvelamento da realidade social, contexto familiar e histórico progresso da gestação e dos membros desta família se torna fundamental. Assim o acompanhamento constante é primordial. Segundo o Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (2011-17), “O acompanhamento social deve, necessariamente, ser conduzido por um planejamento sistemático com vistas a alcançar os objetivos”.

Utiliza-se um instrumento próprio do Serviço Social denominado entrevista social, que se propõem a coletar dados importantes, como renda, moradia, situação de trabalho e núcleo familiar, condicionantes sociais, para uma avaliação mais aprofundada, e se necessário outras intervenções<sup>8</sup>, este instrumento já existia na instituição, somente foi adaptado para o uso conforme as especificidades de cada unidade, não há roteiros ou receitas prontas quanto a entrevista social, mas existe necessidade de planejamento e um fio condutor de questões

---

<sup>7</sup> Na área da saúde essa discussão tem tomado força à medida que o assistente social é chamado a balizar suas ações no âmbito das proposições e diretrizes vindas do Ministério da Saúde e isso tem gerado contribuições significativas no tocante ao adensamento não apenas teórico, mas também operativo e assim vem sendo exigida uma inserção cada vez mais qualificada dos assistentes sociais nos debates que vêm acontecendo neste campo (CHUPEL E MIOTO, 2010, p.12).

<sup>8</sup> Estas intervenções consistem em, concessão de alimentação para os familiares no intuito que permaneçam o maior tempo possível dentro do hospital, encaminhamentos com a rede de assistência social do município, quando necessário transporte para a mãe, mais especificamente o CRAS, que concede ou não a liberação de passagens, encaminhamentos com a rede de Saúde, quando necessário consultas ou reconsultas para puérpera no período recomendado, encaminhamentos de Benefícios Sociais (BPC).

norteadoras que contribuem para que o profissional obtenha dados que materializaram ações. Segundo Lewgoy e Silveira (2017, p.32) “a entrevista social é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos”. A que se ressaltar que a entrevista deve ser usada não somente para conhecimento da realidade, mas para demarcação de prioridades de atendimento dentro do contexto assim como para planejamento de ações para que não se caia no imediatismo, tecnicismo de intervenções.

Destaca-se que a Humanização do cuidado e das relações torna-se essencial, pois pensar a humanização nas relações interpessoais, com as equipes e principalmente com as famílias é de grande importância, em uma unidade como esta, onde o cuidado fica voltado quase que exclusivamente ao paciente/usuário. Segundo o Ministério da Saúde (2013, p. 6) “O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho”. Dar início a esta discussão, de humanização, não foi tarefa fácil, pois geralmente o profissional do Serviço Social de forma geral, só se apresenta na unidade quando solicitado, para resolver questões pontuais, ou quando os demais membros da equipe julgam necessário, nesse sentido, outros profissionais não assistentes sociais se julgam capazes de realizar triagem quanto ao que deve ser passível de atendimento para o profissional. A que se resistir a essas posturas, pois o código de ética dos assistentes sociais (1993) indica o direito profissional a exercer livremente sua profissão. O assistente social deverá nesse caso, se posicionar de forma estratégica para garantir suas atribuições privativas. Cabe ao profissional nos momentos de interação e intervenção com a equipe mostrar a importância de colocar em prática a humanização e a suas diretrizes, (acolhimento, ambiência, clínica ampliada e valorização do trabalhador), pois:

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2003, p.16).

Uma vez identificada às demandas a que se refletir sobre como conduzi-la, pois assim como há demandas institucionais o que deve prevalecer são as demandas dos usuários que

buscam atendimento qualificado. Por si só, já existem diversas fragilidades de atendimento de ordem econômica, relações de poder, por exemplo. Essas podem ser agravadas quando existe dificuldade de inserção, valorização profissional e até limitações físicas da unidade, que não dão condições éticas e sigilosas de realizar atendimentos individuais. Dentre as ações realizadas em especial relata-se aqui que juntamente com o serviço de psicologia e fisioterapia do hospital surgiu a oportunidade de se criar um grupo de familiares com os pais da UTI Neonatal, grupo este que conforme relatos das profissionais citadas já há bastante projetavam, porém em função da demanda de atendimentos nunca conseguiram colocar em prática. Segundo Amorin, Mendonça e Figueiredo (2016, p.68) as ações em grupo “são aquelas onde formam-se pequenos grupos com interesses e características comuns e que visam a troca de experiências, bem como propiciam a problematização reflexão crítica sobre as vulnerabilidades sociais vivenciadas”.

Os grupos começaram a reunirem-se em abril do ano de 2017 – uma vez por semana – constituído como um serviço/atividade nova. A participação no grupo oscilou em diversos momentos, às vezes com boa participação outras nem tanto, e em alguns momentos ainda sem adesão alguma. Isto apresenta-se como um dado importante a se refletir, pois o não comparecimento dos familiares acende alerta para discutir, o porquê da não participação, quais os condicionantes? Falta de acesso ao transporte, condições de trabalho (se depende de dispensa ou não), ou o fato de não estar disposto a interagir naquele momento. Os encontros se mostraram de extrema importância, pois era nos grupos que os pais e familiares se encontravam, se conheciam, trocavam experiência, realizavam desabafos e compartilhavam medos e angústias. Além do mais o ambiente de troca de experiência servia de conforto para os pais e familiares entenderem junto com os outros pais o que seus filhos estão passando, o que outros já passaram, e o que ainda poderão passar.

Nesse sentido, o acompanhamento familiar em grupo pode ser apropriado para criar espaço de convivência e troca entre as famílias que tenham em comum as situações de vulnerabilidade às quais se deseja responder. Portanto, é importante que o grupo seja constituído de famílias que tenham afinidades e características semelhantes, de modo a facilitar o processo de compartilhamento de experiências e ideias e de reflexão sobre a realidade social (AMORIN, MENDONÇA E FIQUEIREDO, 2016, p.14)

Iamamoto (2001) indica para necessidade dos profissionais do Serviço Social se mostrarem de forma crítica, criativa e propositiva para realização das intervenções. Como

mais uma atividade/ tentativa de inserção na unidade, a equipe multiprofissional de residentes, levou até o médico responsável pela UTI, a intervenção, carinhosamente intitulada “Heróis na UTI Neonatal”, que consistiu em confeccionar roupas (fantasias) para os bebês, fazendo alusão aos super-heróis de desenhos animados com o intuito de prestar uma homenagem aos pais, familiares e recém-nascidos alusivo ao dia da criança, na perspectiva de aproximação com as famílias diante de uma data comemorativa que não poderia estar sendo vivenciada de forma tranquila uma vez que seus filhos (as) estavam na UTI.<sup>9</sup> Porém, embora a ideia inicial fosse que todos os bebês fossem vestidos, fotografados e logo após os pais pudessem entrar para ver os bebês fantasiados não foi o que foi possibilitado, por recomendação do médico, os bebês foram vestidos fotografados e logo após as fantasias retiradas, seguindo a indicação de manuseio mínimo, em função do grau de instabilidade da maioria naquele dia, nesse sentido é importante compreender que nem tudo planejado consegue se concretizar, arranjos, remanejamentos, diálogos são necessários para tomada de ação<sup>10</sup>.

A que se destacarem algumas funções que são atribuídas ao assistente social pela instituição, atividades de caráter administrativo, como por exemplo, solicitação de transporte de ambulâncias, contato com funerárias nos casos de óbito e manejo dos familiares quando hospedados dentro do hospital por diferentes enfermarias, conforme disponibilidade, montagens de processo e pedidos de oxigênio terapia entre demais encaminhamentos de ordem burocrática que não necessariamente são atribuições privativas do profissional do Serviço Social como expressa os parâmetros de atuação do assistente social na saúde (2012, p.12), “estão sendo aqui consideradas como não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo, ou que demandam uma formação técnica específica (outras profissões)”.

Cabe ainda discutir, mesmo de que forma sintética, a respeito dos pilares que dimensionam o fazer profissional do assistente social, regulamentados e aprovados a partir das Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social (1996), que são as dimensões teórico-práticas, técnico-operativas e ético-políticas<sup>11</sup>, que vão dar direcionamento para as práticas e

---

<sup>9</sup> A ideia proposta foi aceita e a atividade programada, contou-se com doações monetárias de profissionais do hospital e de tutores da Unipampa, para a aquisição das fantasias e uma fotógrafa voluntária se colocou à disposição para ir até o hospital no dia 12 de outubro fazer as fotos dos bebês, e entregar no mínimo uma cópia para cada família de forma gratuita.

<sup>10</sup> No dia seguinte as fotos foram entregues aos pais, como forma de lembrança e se constituindo como uma atividade humanizada na unidade, muito referiram gratidão pelo momento, outros emoção, esboçando choro entre risos.

<sup>11</sup> Segundo Sousa, (2008, p.17), as dimensões estão compreendidas da seguinte maneira: Dimensão Ético-política: é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na

intervenções dentro de qualquer espaço de trabalho, sabe-se que não existem receitas prontas para as intervenções profissionais, porém é fundamental que se esteja em harmonia com estas dimensões, visando efetivar o projeto ético-político profissional. Iamamoto, (2009, p.169) destaca a importância e o porquê de estar em sintonia com a direção e intencionalidade profissional;

Esse caminho está fadado a criar um profissional que aparentemente sabe fazer, mas não consegue explicar as razões, o conteúdo, a direção social e os efeitos de seu trabalho na sociedade. Corre-se o perigo do assistente social ser reduzido a um mero “técnico”, delegando a outros – cientistas sociais, filósofos, historiadores, economistas etc.– a tarefa de pensar a sociedade (IAMAMOTO, 2009, p. 169).

Dentro de um espaço como a UTI Neonatal, é importante saber que as expressões que ali emergem são, (exceto em casos de fator biológico), frutos da questão social, pois as o sistema capitalista, é um determinado para tal, como já discutido anteriormente, questões como educação/escolaridade, condições de trabalho, moradia saneamento básico, drogadicção etc. É importante que se tenha um aporte teórico para saber identificar o que é demanda profissional, conhecimento acerca das políticas públicas de saúde que esse usuário poderá acessar, bem como aparatos legais que dão subsídios para a atuação profissional- código de ética, lei de regulamentação da profissão e as diretrizes curriculares do Serviço Social-.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após elucidar o contexto institucional em que o profissional está inserido em um ambiente hospitalar, quais as políticas que atendem essa demanda específica, entender como apresentam-se as expressões da questão social em uma unidade de UTI Neonatal, dificuldades e possibilidades que emergem desta experiência, á que se considerar como esta atuação irá se

---

realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. Isso implica em assumir valores ético-morais que sustentam a sua prática (...) Dimensão teórico-metodológica: faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades do fazer profissional (...) Dimensão Técnico-operativa: conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam desenvolver ações profissionais junto à população usuária e às instituições, garantindo assim uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social.



efetivar, não sendo apenas um trabalho desenvolvido pelo programa de residência, mas sim como uma rotina de atendimento da instituição.

O Serviço Social, diferente de outras profissões do ambiente hospitalar necessita diariamente demonstrar sua importância e necessidade de atuação, pois os demais profissionais que compõem as equipes, tem dificuldade de visualizar ou materializar uma prática de atendimento humanizado, que no âmbito do acolhimento ou no cotidiano da assistência apresentam um olhar diferenciado sob as famílias atendidas, principalmente quando se entende posturas e decisões que são próprias de uma realidade marcada por diversas expressões da questão social.

Trabalhar estas questões é o principal desafio para que se possa efetivar uma prática eficaz e permanente nestes espaços, ainda tão pouco explorados, existe necessidade de buscar produções que ainda são escassas também na área, ou até mesmo produzir sobre, pois durante o processo de formação profissional a noção que se tem sobre saúde é apenas pela ótica das legislações ou contexto histórico das políticas públicas.

Ter propriedade do aporte teórico –ainda que escasso- e metodológico, entender como os determinantes sociais e de saúde contribuem de forma pregressa para que cada usuário evolua até chegar em uma unidade de UTI Neonatal, é o principal desafio e também o principal suporte para firmar-se dentro destes espaços, sabendo reconhecer suas demandas, e consecutivamente fazendo com o restante da equipe também o reconheça.

## Referencias

ABEPSS. **Lei de Diretrizes Curriculares. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social.** Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, novembro de 1996.

ARAÚJO, Elisângela Lima. **Representações sociais da maternidade por mulheres adolescentes.** Recife: O autor, 2014.

AMORIN, Camila Gabriel Meireles; MENDONÇA, Camila Resende de Mello; FIQUEIREDO, Karina Aparecida. **A intervenção do Serviço Social em grupos multifamiliares com foco no abuso sexual: desafios e possibilidades.** In. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2016.

BRASIL, **VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.**

\_\_\_\_\_, **Constituição Federal de 1988.** Brasília.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção –** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_, **Portaria N° 4.279, De 30 De Dezembro De 2010.** Brasília: Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_, **Portaria N° 3.432 de 12 de Agosto de 1998.** Brasília: Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_, **Portaria n° 930. De 10 de maio de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_, Lei n° 8.069 de 13 de Julho de 1990, **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília.

\_\_\_\_\_, **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento,** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_, **Manual Técnico de Gestão de Alto Risco,** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Rede HumanizaSUS.** Disponível em: < <http://redehumanizasus.net/2498-saude-pobreza-e-desigualdade>>. Acesso em, 29 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_, **Política Nacional de Humanização**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRAVO; Maria Inês Souza; MATOS; Maurilio Castro de. **Saúde e Serviço Social**. 5 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

Closing the Gap in a Generation: **Health Equity through Action on the Social Determinant of Health**”, Organização Mundial da Saúde, 2008.

CAMPOS, Sayonara de Azevedo Gomes. O trabalho do assistente social na estratégia saúde da família. In. **III SEMINÁRIO POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**. Caderno de Resumos. São Paulo: USP, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação dos assistentes social na Saúde**. Brasília: CFESS, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Cress Minas Gerais. Balanço da Gestão**. Ano 1, n°. 4. Fevereiro/Março 2017

CHUPEL, Claudia Priscila e MIOTO, Regina Célia Tamoso. Acolhimento e Serviço Social: contribuições para as discussões das ações profissionais no campo da saúde. In: **Revista Serviço Social e Saúde n° 10**. Campinas: Unipcamp, 2010.

ESP, **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, FioCruz. 2014.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. < <https://portal.fiocruz.br/pt-br> >, acesso em: 10 de outubro de 2017.

KENNER, Carole. **Enfermagem Neonatal**. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso editores, 2001.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalba Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social**. Revista Virtual Textos & Contextos, n. 8, dez Porto Alegre, 2007.

MENENDEZ, E.L. **Salud pública: setor estatal, ciência aplicada a ideologia das possibilidades**. In: Organization Panamericana de La Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C., 1992, p.103-122.

Merhy EE, Chakkour M, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de uma serviço, interrogando gerindo o trabalho em saúde.** São Paulo, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. **O Serviço Social na contemporaneidade – trabalho e formação social.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo.** In: MOTA, Ana Elizabete (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009c. p.161-196

OMS. **Atas oficiais da Organização Mundial da Saúde,** nº2, p.100.2008

SOUSA, Charles Toniolo. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119/117>>. Acesso em, 28 de Novembro de 2017.

SOUZA, Damião Ernane de. Tese de Doutorado: **Determinação social da saúde: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida.** Salvador: D.E. Souza, 2012.

Universidade Federal do Pampa. **Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Urgência e Emergência.** Coremu-Unipampa, Uruguaiana, 2015. Disponível em <<http://porteiros.s.unipampa.edu.br/primus/programas/programa-de-residencia-integrada-multiprofissional-em-urgencia-e-emergencia/>> Acesso em, 22 de Novembro de 2017.

## Anexo I

### **Revista Argumentum: Diretrizes para Autores**

**Argumentum** foi uma publicação semestral de 2009 a 2015, passando a quadrimestral a partir de 2016. É vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Classificada como A2, pelo Qualis Periódicos. De natureza acadêmica, possui caráter interdisciplinar e propõe-se a publicar pesquisas, artigos e discussões nos eixos *Política social, Estado e Sociedade* e suas diversas interações. Também abre espaços a outros trabalhos de relevância para a temática, segundo as Políticas de Seção.

A missão da revista é **Ser um periódico de excelência na área de Serviço Social por meio da publicação de pesquisas, artigos e discussões nos eixos Política social, Estado e Sociedade e suas diversas interações.**

O processo de avaliação só terá início se o encaminhamento do original obedecer à Política de Seções e às demais recomendações descritas abaixo. Caso contrário será devolvido para adequação às normas.

O(s) autor(es) (máximo de 4) que tiver(em) publicado(s) artigo deve(m) guardar um interstício de 12 meses para nova publicação, exceto quando convidado pela Comissão Editorial para elaborar resenhas, editoriais ou comentários específicos.

A contribuição individual de cada autor deverá ser indicada no final do texto com as iniciais de cada autor acrescentando a modalidade de colaboração. As modalidades de colaboração indicadas por **Argumentum**: a) concepção e delineamento ou análise e interpretação dos dados; b) redação do artigo ou a sua revisão crítica; c) aprovação da versão a ser publicada. Ex. F.D.T trabalhou na revisão, crítica e B.C..D trabalhou na concepção e delineamento do artigo etc)

As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000) e na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

Todo e qualquer encaminhamento à revista deve acompanhada por (1) **Declaração de Responsabilidade** e a (2) **Transferência de Direitos Autorais** - marcados pelo(a) autor(a) durante o processo de submissão

Os trabalhos deverão ser entregues rigorosamente revisados, conforme as regras gramaticais vigentes e as da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Durante a edição os trabalhos podem adaptados ao projeto e ao formato editorial do periódico. Para elaboração dos originais consultar as seguintes normas ABNT: NBR6022 (2003), para preparação de artigos em publicações periódicas, NBR6023 (2002), para elaboração das referências; NBR10520 (2002) para citações em documentos; NBR6028 (2003), para apresentação dos resumos. Nos aspectos gráficos (imagens, figuras, tabelas e gráficos, considerar as orientações da NBR14724 (2006).

## **1 Formatação dos textos**

Página A4, fonte Times New Roman, corpo 12, as margens esquerda e superior devem ser apresentadas com 3 cm e as direita e inferior 2 cm. Usar espaçamento 1,5 e alinhamento justificado. As Referências devem ser alinhadas à esquerda com espaçamento simples. O tamanho do texto obedecerá à Política de Seções. Gravar em Word 2003, ou superior, ou ainda em RTF. Para destaques empregar itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL). Para destacar o título e subtítulos usar apenas negrito. O artigo não deve ultrapassar 40 mil caracteres (com espaço).

## **2 Estrutura de apresentação dos artigos**

### **2.1 Elementos pré-textuais**

**Título e subtítulo:** O título e subtítulo (se houver) devem figurar na página de abertura do artigo, separados por dois-pontos (:). Com extensão máxima de 12 palavras ou 75 caracteres com espaço, devem expressar, de forma clara e precisa, o conteúdo geral do artigo. Redigidos em corpo 14, negrito e centralizado na versão do idioma do texto e em outra língua estrangeira (inglês).

**Títulos de Seção:** Redigidos em corpo 12, negrito, alinhado à esquerda. Quando for conveniente usar seções numeradas, usar algarismos arábicos alinhados na margem esquerda, precedendo o título, dele separado por um espaço - conforme NBR 6024.

**Nome(s) do(s) autor(es)** - Será(ão) registrado(s) durante o processo de submissão **apenas** na seção Metadados (**nunca no arquivo** enviado para avaliação): em ordem direta (nome e sobrenome) seguido da instituição ao qual está(ão) vinculado(s). É obrigatório citar a(s) fonte(s) de financiamento quando houver. Na mesma seção, apresentar um mini currículo de, no máximo, 5 linhas, com o(s) título(s) acadêmico(s), cargo(s) e endereço(s) eletrônico(s).

**Resumo:** Em conformidade com a NBR 6028, traz a identificação do objeto, dos objetivos, metodologia e a principal conclusão. Deve ter até 900 caracteres (com espaço), O resumo deve ter versão na língua do texto e em língua estrangeira (inglês).

**Palavras-chave:** Após o resumo indicar de 3 (três) a 5 (cinco) palavras-chave, separadas entre si por ponto, com versão na língua do texto e em língua estrangeira (inglês).

## **2.2 Elementos textuais dos artigos**

**2.2.1 Introdução:** parte inicial do artigo onde deve constar a delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos úteis que melhor caracterizem o tema do artigo.

**2.2.2 Desenvolvimento:** Contem a exposição ordenada e pormenorizada do assunto tratado. As seções e subseções podem ser usadas para melhor hierarquização e delimitação dos conteúdos.

### **2.2.3 Conclusão**

Parte final do artigo, dedicada à apresentação das conclusões correspondentes aos objetivos do estudo.

**2.2.4 Agradecimentos e/ou indicação das contribuições individuais dos autores:** devem ser mencionados ao final do artigo em texto breve.

**2.2.5 Glossário, apêndice(s), nota(s) e anexo(s):** incluir apenas o absolutamente necessário. Caberá à Comissão Editorial julgar a necessidade de sua publicação.

## **3 Regras para citações, referências e outros procedimentos**

**3.1 Citações:** todas as citações apresentadas no texto devem constar na lista de referências e seguir as orientações da norma ABNT NBR10520 (2002), com o sistema autor-data.

### **3.1.1 Citações diretas, literais ou textuais:**

Inseridas no texto: As citações breves (até três linhas) são incluídas no próprio texto, entre aspas.

Em destaque: As citações com mais de três linhas aparecem em parágrafo(s) destacado(s) do texto corrido (recuada para a linha do parágrafo na margem esquerda e margem direita igual à do texto), corpo 10, em espaçamento interlinear simples).

### **3.1.2 Citações indiretas:**

A fonte também deverá ser citada (autor, data, página) dentro do próprio parágrafo em que estão expostas as idéias do autor ou ao final do mesmo sob forma de nota bibliográfica.

## **3.2 Referências**

Conforme a NBR 6023, de agosto de 2002. Somente dos documentos efetivamente citados no trabalho. Alguns exemplos:

### **3.2.1 Monografia no todo** (inclui livro, teses, dissertações, entre outros)

SANTOS, M. B. dos. **Estatuto da Cidade:** uma arma contra os inimigos. São Paulo: Ed. de Direito, 2001.

### **3.2.2 Parte de monografia** (Inclui capítulo, volume, fragmento e outras partes de uma obra com autor(es) próprios e/ou título próprios)

SAWAIA, B. Participação social e subjetividade. In: SORRENTINO, M. **Ambientalismo e participação na contemporaneidade.** São Paulo: EDUC/FAPESP, 2001. p. 115-134.

### **3.2.3 Legislação em meio eletrônico**

BRASIL. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os artigos 182 e 183 da Constituição Federal e estabelece diretrizes gerais de política urbana e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS\\_2001/L10257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10257.htm)>. Acesso em: 12 set. 2002.

### **3.2.4 Publicação periódica**

ARGUMENTUM. Vitória: Edufes, 2009-. Semestral.

### **3.2.5 Parte de revista**



NOGUEIRA, V. R. À margem da lei. **Revista Katálisis**. Florianópolis: EDUFSC, v. 7, n. 2, p. 122-135, jul./dez. 2003.

### **3.2.6 Artigo e/ou matéria de jornal**

NAVES, P. Lagos andinos dão banho de beleza. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 jun., 1999. Folha de Turismo, Caderno 8, p.13.

### **3.2.7 Artigo e/ou matéria de jornal em meio eletrônico**

ARRANJO Tributário. **Diário do Nordeste Online**. Fortaleza, 27 nov. 1998. Disponível em: <<http://www.diariodonordeste.com.br>>. Acesso em: 25 ago. 1998.

### **3.2.8 Evento**

SOUZA, L. et al. Incorporação do tempo em SGBD orientado a objetos. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE BANCOS DE DADOS, 9., 1994. São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 1994, p. 3-4.

**4 Uso de siglas:** Quando aparecem pela primeira vez no texto devem apresentar primeiro a forma completa e depois a sigla entre parênteses. Exemplo: Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS).

### **5 Desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, tabelas e outros:**

Devem estar inseridos no texto e não em seu final. Usados apenas quando for absolutamente necessário à clareza do texto, devem ser apresentados o mais próximo possível dos trechos a que se referem, numerados em algarismos arábicos, acompanhados de título e fonte na parte inferior da respectiva ilustração. Quando couber, relacionar esta fonte na lista de referências. Observar os procedimentos éticos em relação à fotografias (abaixo). Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar o título, a fonte e o crédito. As imagens digitais devem ser apresentadas em 400DPIs para melhor resolução gráfica.

### **6 Endereços na Internet**

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs) incluídas no texto (Ex.: <http://www.ufes.br>) devem se encontrar ativos e prontos para clicar.

## **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB)
3. O texto segue todos os requisitos de formatação da revista segundo as "Diretrizes aos Autores" na página inicial do periódico.
4. O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da ABNT e em suas referências constam **apenas** as obras citadas no corpo do texto.
5. A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo, conforme instruções disponíveis na seção Assegurando a Avaliação Cega por Pares.
6. Caso sejam solicitadas revisões pelos pareceristas, comprometo-me a providenciá-las no prazo recomendado. Sendo aceito o artigo, comprometo-me a providenciar a revisão de Português com profissional habilitado, enviando à revista a declaração formal do revisor sobre o trabalho realizado.
7. Estou ciente de que a perspectiva de publicação de artigos nesse periódico é superior a 1 ano.
8. Estou ciente dos termos da "Declaração de ética e boas práticas da publicação" descritos na seção Políticas da revista.

## **Declaração de Direito Autoral**

### **Termo de Cessão de Direitos Autorais**

Como condição para a submissão, os autores devem concordar com o Termo de Cessão de Direitos Autorais, marcando a caixa de seleção após a leitura das cláusulas.

O(s) autor(es) doravante designado(s) CEDENTE, por meio desta, cede e transfere, de forma gratuita, a propriedade dos direitos autorais relativos à revista **Argumentum**, do Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo - Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras 29075-910, Vitória (Brasil) doravante designada CESSIONÁRIA, nas condições descritas a seguir:

1. O CEDENTE declara que é (são) autor(es) e titular(es) da propriedade dos direitos autorais da OBRA submetida.
2. O CEDENTE declara que a OBRA não infringe direitos autorais e/ou outros direitos de propriedade de terceiros, que a divulgação de imagens (caso as mesmas existam) foi autorizada e que assume integral responsabilidade moral e/ou patrimonial, pelo seu conteúdo, perante terceiros.
3. O CEDENTE cede e transfere todos os direitos autorais relativos à OBRA à CESSIONÁRIA, especialmente os direitos de edição, de publicação, de tradução para outro idioma e de reprodução por qualquer processo ou técnica. A CESSIONÁRIA passa a ser proprietária exclusiva dos direitos referentes à OBRA, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem que haja prévia autorização escrita por parte da CESSIONÁRIA.
4. A cessão é gratuita e, portanto, não haverá qualquer tipo de remuneração pela utilização da OBRA pela CESSIONÁRIA.

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.