



Eixo: Classes sociais, geração e Serviço Social.

Sub-eixo: Infância.

## O DIREITO À SAÚDE DE RECÉM NASCIDOS (RN'S) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): REFLEXÕES SOBRE O “DIREITO À VIDA” E OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL

EMANUELA OLIVEIRA SPÍNOLA<sup>1</sup>  
FRANCISCO JOSÉ DA SILVA<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo consiste numa revisão bibliográfica sistemática nas principais revistas de Serviço Social acerca do direito à saúde de recém-nascidos no Sistema Único de Saúde, especificamente, sobre o “direito à vida” e os desafios para o Serviço Social na efetivação desse direito, no cenário de vulnerabilidade biopsicossocial desse público. Para tanto, está organizado em três tópicos: o direito à saúde para RN's, a história e conexões entre o Serviço Social e a Política de Saúde e os resultados e discussões da produção científica. O estudo revelou escassez do trato teórico da temática e inúmeros desafios para o Serviço Social.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido; Direito; Saúde; Vulnerabilidade; Serviço Social.

**Abstract:** The present article consists of a systematic bibliographical review in the main Social Service journals about the right to health of newborns in the Unified Health System, specifically on the "right to life" and the challenges for Social Service in the realization of this right, in the scenario of biopsychosocial vulnerability of this public. To do so, it is organized in three topics: the right to health for RNs, the history and connections between Social Work and Health Policy and the results and discussions of scientific production. The study revealed a scarcity of the theoretical treatment of the subject and numerous challenges for Social Work.

**Keywords:** Newborn; Right; Cheers; Vulnerability; Social Service.

### 1. INTRODUÇÃO

A política de saúde brasileira em meio sua evolução histórica trouxe significativas concepções do direito à vida promovido pelo direito à saúde de forma igualitária, garantido mediante legislações específicas a partir da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a promulgação da legislação orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) – as leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

<sup>1</sup> Professor com formação em Serviço Social. Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas do Vale do São Francisco. E-mail: < as\_emanuelaspinola@hotmail.com >

<sup>2</sup> Estudante de Graduação. Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas do Vale do São Francisco.

A Constituição Federal de 1988, conhecida enquanto Constituição Cidadã preconiza que direito à vida constitui enquanto garantia fundamental a todos os cidadãos, conforme discrimina no artigo 5º, Título II, Capítulo I, que além disso garante proteção à vida de todos baseada nos direitos humanos contidos na Declaração dos Direitos Humanos de 1948.

Nesse contexto, especificamente, os recém nascidos (RN's) após declarado nascido vivo, o direito à vida é visto como inviolável, conforme Constituição Federal de 1988 sugere a definição de sujeito de direito mediante ser vivo, cujo nato vivo é toda criança que ao nascer demonstram movimentações respiratórias, seja espontaneamente ou por meios de equipamento, neste momento o mesmo passa a ser passivo de gozo de todos os direitos estabelecidos por lei mediante reconhecimento de sua dignidade humana, cabendo a unidade hospitalar ofertar tratamentos a prevenção de agravos aos RN's que nascem nas suas dependências.

Destarte que a atuação do assistente social nessa área não ocorre de forma tranquila, tendo em vista que não dispõem das condições objetivas-materiais para garantir o direito à saúde e à vida dos RN's – público em condição de vulnerabilidade peculiar e extrema – cuja intervenção se materializa por meio da família que, vivencia as refrações das múltiplas expressões da questão social-“objeto de trabalho do Serviço Social” e, que influenciam e/ou determinam o cuidado em saúde necessário para sobrevivência dos mesmos.

Sendo assim, o referido artigo consiste num desdobramento de um Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Serviço Social, que tem por objetivo analisar a efetivação do Direito à saúde de RN's no Sistema Único de Saúde-SUS identificando os desafios para o Serviço Social. Sabendo que o público alvo que usufrui desse serviço do SUS parte de uma contextualização imbricada de vulnerabilidade, aspecto peculiar de análise na pesquisa que colabora para a compreensão da atuação do Serviço Social.

Para tanto, a pesquisa norteia-se na análise dos desafios do Serviço Social para efetivação do direito à saúde dos RN's no Sistema Único de Saúde (SUS), através da reflexão sobre o direito à saúde e a especificidade dos RN's, o processo de trabalho do Serviço Social para a efetivação do direito à saúde dos mesmos, bem como a identificação dos desafios para o Serviço Social na

efetivação da saúde enquanto direito dos RN's atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS).

É notório salientar que a princípio o estudo envolveria uma pesquisa de campo, entretanto devido ao trâmite no Comitê de Ética e Deontologia, o trabalho de conclusão de curso restringiu-se a uma revisão bibliográfica sistematizada, a qual irá compor a pesquisa que, mesmo após a conclusão do curso, será realizada e aprofundada, tendo em vista a relevância da temática e a escassez da produção teórica da mesma.

O referido estudo é de suma importância, tendo em vista a relevância do Serviço Social para a efetivação do direito a saúde e a vida dos RN's, para além da contribuição para a produção científica em meio acadêmico, significativamente escassa, bem como para a formação crítica, política, propositiva e reflexiva profissional, de um modo geral, em particular, nas ações e concepções envolvidas no atendimento da vulnerabilidade que encontram os seus usuários que por classificação clínica e social nascem em um cenário contextualizado de grande vulnerabilidade.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 O direito à “saúde” para RN's: uma linha tênue com a vida**

Como ponto de partida para se compreender à saúde enquanto direito, deve-se atentar a análise do processo histórico da política de saúde no Brasil. Sendo assim, em meados da década de 1889, por volta de 31 anos após o início da república no Brasil, o conceito básico de saúde era inexistente, não se tinha uma política de saúde, um modelo sanitarista que atendesse as necessidades da população. O cenário epidemiológico existente era de várias doenças que se proliferavam e agravava principalmente para a parcela pobre da população. Tal situação impactou na dimensão produtiva e econômica do país, exigindo assim, as primeiras medidas interventivas por parte do Estado.

A partir de então a intervenção do Estado passou a ter como meta o combate ao cenário epidemiológico. Notoriamente as primeiras ações de saúde

foi caracterizadas como opressoras, questão de polícia, inclusive com resistência e movimentos, a citar a famosa Revolta da Vacina, decorrente da primeira Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, criada mediante uso da força, repressão e coação, como foco de contenção sanitária<sup>3</sup>.

Embora este modelo sanitário tenha tornado o principal método de intervenção estatal, o qual passou por reformulação na década de 1920 pelo médico, cientista, pesquisador e sanitarista brasileiro Carlos Chagas, que [...] “Enquanto sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda à educação sanitária na técnica rotineira de ação.” (POLIGNANO, 2015, p. 5).

É importante ressaltar que a referida mudança invocou o modelo campanhista, através da ultrapassagem da intervenção meramente fiscal, policial e punitiva, a um movimento permeado de informações/orientações, que representava o início da educação em saúde.

Embora representem indícios de um possível modelo de saúde pública, o que se transversava por traz eram ações de controle sanitário, ações no intuito de manter a produtividade e o desenvolvimento capitalista. Destaca-se aqui a necessidade da preservação do capital por meios sanitários de caráter paliativos, focalizados, coercitivos e regimentada com um caráter policial, que dia acordo com Polignano (2015):

[...] O sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitaríssimo campanhista (MENDES, 1992 apud POLIGNANO, 2015, p.5).

Notadamente observa-se que a evolução histórica do conceito de saúde que levava a criação de uma política de saúde, pautada na universalidade, enquanto definição macro da condição do sujeito e do meio social, está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira.

---

<sup>3</sup> Este modelo de intervenção foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação [...] queimando os colchões e as roupas dos doentes. A onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti- varíola obrigatória para todo o território nacional. (POLIGNANO, 2015, p. 5).

Vale salientar que apesar do “avanço”, com o novo modelo de saúde com caráter de “direito”, este contributivo, no qual para se ter acesso ou direito a serviços médicos ou similares, as pessoas tinham que ser trabalhadores formais registrados, além da categoria ou empresa optar pela criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP)<sup>4</sup>. Veja que neste meio a saúde evolui a passos longos já sinalizando a (des) responsabilização e um caráter excludente por parte do Estado a favor do capital.

Em 1933, após período das crises econômicas e políticas que se conjugaram a partir de fatores internos e externos ao Brasil, já no governo Vargas, as CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) reorganizando os trabalhadores por categorias e não mais por empresas, contudo o caráter contributivo ainda prevalecia.

Nessa década a compreensão que se tinha dos serviços de saúde ainda não se caracterizava como direito, mas sim como um produto e, como qualquer outro no sistema capitalista, para tê-lo fazia-se necessário comprá-lo, Matos (2014, p. 27) “[...] passa a ser entendida como um nicho de mercado, logo como um serviço que deve ser comprado pelos seus usuários”.

Durante o período ditatorial também surgiu o Movimento de Reforma Sanitária, eclodindo com maior vigor pós decadência do governo ditatorial, que lutava sobretudo, por uma revolucionária concepção de saúde, essa entendida enquanto “universal” e não ao acesso somente aos que contribuíam, ou seja, aqueles que possuíam vínculo empregatício formal ou que poderiam comprar por meio dos planos de saúde.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e da Constituição Federal (CF 1988) ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque nesse período para a compreensão da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, não mais como produto de comércio a ser destinada a parcelas fracionada da população brasileira, daí a importância do

---

<sup>4</sup> Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloy Chaves [...] através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) [...] Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves: 1º - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; 2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; 3º - aposentadoria; 4º - pensão para seus herdeiros em caso de morte. E ainda, no artigo 27, obrigava as CAPs a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho (POLIGNANO, 2015, p.7; 8).

Movimento de Reforma Sanitária para a política de saúde brasileira pois consiste na mudança paradigmática da política de saúde:

[...] lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”. As conferências de saúde foram instituídas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, e tinham como principal objetivo propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para a formulação de políticas, para a concessão de subvenções e auxílios financeiros (CRUZ, 2005, p. 37). Nesta direção, o movimento da reforma sanitária naquela conjuntura promovia debates e apresentava propostas concretas para uma reforma integral da política de saúde de então, associada a mudança da relação Estado/Sociedade Civil, como produto da retomada da democratização (TEIXEIRA, 2014, p. 51).

Mediante os desdobramentos históricos, o passado de uma saúde comercializada é “superado” contextualizando a cidadania e o de direito à saúde, partindo do pressuposto de que todos são possuidores desse direito em sua vasta complexidade, de forma igual, cuja concepção também ultrapassou a dimensão excludente, ou focada no viés curativo, para agregar a dimensão preventiva e do conceito de saúde, entendendo enquanto produto de condicionantes e determinantes biopsicossociais, não mais a inexistência de doença.

Assim, a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passa a ser direito de todos, universal e integral, esta considerada constituição cidadã, que em seus 250 artigos, estabelecem medidas que reconhecem os brasileiros enquanto sujeitos de direitos, garantias fundamentais cujo capítulo II destacam os Direitos Sociais nos art. 6<sup>a</sup> ao art. 11<sup>a</sup>, descrevendo a constituição enquanto elemento de reconhecimento dos brasileiro, enquanto constituição que preza pela cidadania dos brasileiro.

Nesta perspectiva, a “democratizada política de saúde” dentre seus limites, impõe a discussão dos desafios em materializar o direito à vida a um público específico portadores do direito à vida, mediante execução e efetivação do direito à saúde, sendo este os Recém Nascidos (RN), tal aspecto através do reconhecimento do papel do Estado para com a sociedade mediante o princípio da isonomia (princípio da igualdade perante a lei).

Entre a evolução da política de saúde como direito de todos e dever do Estado surge um protagonista mediador entre sujeito de direito e o direito do sujeito, que segundo Bravo (2012, p. 26) “[...] após a caracterização da política

de saúde, nessas conjunturas, vai-se fazer uma relação com o Serviço Social, que surge nos anos 1930, sofrendo as influências sócio históricas da época”, que vai perpassar todo o período de sua trajetória, na em que a história do Serviço Social e da política de saúde estão intrinsicamente correlacionadas.

## 2.2 Serviço Social e Saúde: História e conexões

O serviço social tem sua emergência fundada no processo sócio histórico existente no antagonismo de classe decorrente dos modos de produção combinada e desigual do capitalismo. Como uma profissão que se constitui na dinâmica contraditória das relações entre o capital (nele compreendido também o Estado e sua lógica de reprodução neoliberal enquanto reproduzidor das mazelas) e as classes sociais, no enfrentamento das múltiplas refrações da questão social, cujo exercício profissional se desenvolve nas contradições de interesses e necessidades dessas classes que são distintas e antagônicas (IAMAMOTO,1998).

Conforme dito, as múltiplas refrações da questão social passam ser campos de ações do Serviço Social, desta forma faz-se necessário analisar a compreensão e o enfrentamento da questão social nos momentos em que a política de saúde caracteristicamente é promovida enquanto assistencialista, previdencialista, até seu modelo atual, com o caráter de direito.

Vale ressaltar que a questão social não é algo recente, como também não é algo que se originou isoladamente em um determinado tempo, contudo neste período a questão social era vista como resultante das ações focais dos indivíduos, na qual a naturalização da questão social era responsabilização do indivíduo.

Martinelli (2011, p. 114) aponta que “A Questão Social, nesse enfoque, era vista de forma bastante reducionista, como manifestação de problemas individuais, passíveis de controle através de sua prática social cada vez mais nitidamente conhecida como uma atividade reformadora do caráter”.

Neste momento observamos a prática do Serviço Social como acrítica, na qual sua própria formação impossibilitava os aportes necessário a reflexão do contexto social que se insere e que seus usuários estão inseridos. Reafirma MARTINELLI (2011, p. 127) “[...] o fetiche da prática, fortemente impregnado

na estrutura da sociedade, se “apossou” dos assistentes sociais, insuflando-lhes um sentido de urgência e uma prontidão para a ação, que roubavam qualquer possibilidade de reflexão e de crítica”.

Neste sentido, a análise da saúde e a atuação do Serviço Social nas suas três fases distintas na qual, denominada por Bravo (2001): Assistencialista, Previdencialista e caráter de direito se desenvolvem mediante cada período específico.

Durante a fase assistencialista que ocorreu no período anterior à década de 1930, destaque para a inexistência de ação por parte do Estado no setor da saúde, perpetuando ações assistencialista, tanto na saúde quanto na prática profissional, colocando os profissionais de Serviço Social como agentes profissionais de ações focalizadas, predominantemente utilizada pelo Estado como forma de controle e reajuste social, recriando o fetiche da prática acrítica em prol dos interesses da burguesia.

Posteriormente, no segundo momento, implantou-se um modelo de saúde denominado Previdencialista, marcado pela atuação do Estado por meio das políticas, contudo executadas pela iniciativa privada, não mais como caso de polícia, mas sim como nicho de mercado. A saúde caracterizava-se enquanto uma política segregada, excludente e mercantilizada, marcada pela primeira experiência oficial de implantação do Serviço Social na Seção de Estudos e Assistência Social no Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), com ações voltadas a efetivação dos serviços ainda numa perspectiva restrita, desta forma o caráter de direito limitado aos que por estes serviços eram capazes de pagar.

Nesse período a ação do Serviço Social passou a ser regida de forma a promover uma assistência complementar, individualizada, como respostas aos problemas dos desajustados sociais. Observou-se que mesmo em seu caráter contributivo, à saúde enquanto serviço era propagada como um benefício de resposta a um desajuste do indivíduo, na qual ao Serviço Social destinava-se a função de selecionar e orientar de modo a promover a reestrutura social do indivíduo.

Por outro aspecto, à saúde era reproduzida como serviço privado de formas transmutadas de necessidades humanas básicas, cujo o nicho de mercado materializava-se decorrente da desigual apropriação da riqueza social,



colocando o sujeito como principal responsável pela sua suposta condição natural, moral ou subjetiva, na qual este aspecto de compreensão sobre serviços contributivos, representava a disparidade entre desempregados e trabalhadores informais e o próprio trabalhador contribuinte através da burocratização na prestação de serviço caracterizado pela sua comercialização.

O terceiro momento foi marcado pelo surgimento do Sistema Único de Saúde após a Constituição Federal de 1988, com natureza de atendimento universal, para toda a população sem distinção. A saúde então “deixa” seu caráter Assistencialista e Previdencialista para tornar-se direito fundamental, de caráter universal e integral com responsabilidade direta do Estado, o que não significou exclusão do mercado na comercialização dos serviços de saúde, neste momento destaca-se o Estado com o caráter suplementar e a iniciativa privada de caráter complementar.

Nesse processo, segundo ROSA apud MARTINELLE (2011, p.153) “[...] o real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”, assim o Serviço Social emergiu e se desenvolveu enquanto profissão, nessa travessia, onde à saúde surgiu com o caráter assistencialista, evoluindo para um viés contributivo e eclodindo em um direito universal com o surgimento do SUS.

Notadamente percebeu-se a compreensão do Serviço Social sobre à saúde enquanto direito, surge como reflexão dos acontecimentos que perpassaram durante a travessia existente entre o sujeito e a saúde, enquanto reconhecimentos de sujeito de direito e saúde enquanto direito.

Ao Serviço Social implicou rever seus aportes teóricos e metodológicos diante à ação profissional desenvolvida na área da saúde e as relações sócio institucionais, bem como, instigou a necessidade de mudar radicalmente seus aspectos de atuação neste e demais setores da sociedade civil.

Nesse cenário de contradições e retrocessos, faz-se necessário o Assistente Social conhecer, compreender, materializar e exercer a vigilância em defesa do direito ao sistema de saúde público e universal, conforme a CF de 1988 e, a aproximação de seus preceitos com o Projeto Ético Político (PEP) da categoria, inclusive na garantia do acesso a uma política de saúde humanizada que promova o direito à vida a todos os seus usuários, contudo com um olhar diferenciado ao recém-nascido, estes que se contextualiza em uma conjuntura

de extrema vulnerabilidade seja pela sua própria condição, seja pelos representantes legais seu pais, seja pelo Estado responsável por manter seu direito de vida.

### 2.3 O Serviço Social e o direito à saúde de RN'S: Retrato da produção científica

Como forma de agrupar e discriminar o percentual de cada conteúdo encontrado nas principais bases de dados, no intuito de demonstrar a lacuna existente nas produções científicas de Serviço Social, no que se refere a compreensão dos RN`s enquanto sujeitos de direito à vida mediante o direito à saúde, as publicações apuradas podem ser apreciada na Tabela 1.

<b>Tabela 1. Distribuição dos trabalhos publicados nas principais bases de dados de Serviço Social 2013 a 2018</b>				
Periódicos	Nº pesquisados Descritores	Temas Próximos	Temas Referentes	Utilizado
Serviço Social e Sociedade	131	1	0	1
Serviço Social e Saúde	159	0	1	1
Serviço Social em Revista	30	0	0	0
Temporalis	30	0	0	0
Argumentum	32	1	0	1
Serviço Social e Realidade	38	1	0	1
Revista Ser Social	35	0	0	0
Biblioteca Digital – UFRN	48	0	1	1
Total	503	3	2	5

Fonte: Dados de pesquisa própria, Maio de 2018.

Mediante demonstração da Tabela 1, nota-se portanto que, apesar do amplo trajeto percorrido na varredura bibliográfica entre os anais de 2013 a 2018, as publicações encontradas se ancora nas mais diversas discussões que perpassam o Serviço Social, entretanto foi encontrado apenas duas produções diretamente ligadas ao tema em discurso, abrangendo o público e os familiares propostos a análise, o que limita a inspeção de três artigos com tematização

próxima e dois referentes ao objeto de pesquisa “direito à saúde” com especificação aos RN`s por sua vulnerabilidade, e os desafios postos ao Serviço Social enquanto categoria de emancipação e defesa intransigente do sujeito, neste caso os RN`s.

Analisando os artigos selecionados para revisão da temática proposta as “bases ideológicas e teóricas”, foram selecionadas entre os seiscentos e seis (606) artigos e dissertações, cinco (5) para análise, entre estes um TCC (1) com discursões direcionada ao/o Fazer Profissional do Assistente Social em uma Maternidade na qual direciona-se como uma das referências próxima ao tema em questão.

Esse TCC semelha-se a temática proposta como revisão no que tange ao direito a saúde do RN`s, sendo a base de sustentação primária para a revisão aqui proposta a autora BARBOSA (2016), embora os RN`s enquanto sujeito de direito com suas particularidades e vulnerabilidades sejam analisadas de forma superficial, invocando uma representação do direito que antes SUS não se efetivava, o direito a assistência durante ao parto e acompanhamento pós parto.

Um ponto crucial destacado pela autora BARBOSA (2016) descreve o objetivo do Serviço Social na instituição prestadora de serviço de saúde, este é explicado mediante a potencialização das orientações sociais, o que direcionamos aos familiares uma vez que o público em curso depende diretamente dos seus genitores.

Assim, apresenta-se como objetivo do Serviço Social na instituição potencializar a orientação social visando à ampliação do acesso aos direitos sociais. No âmbito da saúde materno-infantil, especificamente, o setor assume como prioridade a garantia dos direitos da grávida, da puérpera e do recém-nascido, estabelecendo um contato precoce com a usuária a fim de levantar indicadores de risco social que possam delinear uma intervenção adequada (BARBOSA, 2016, p. 57).

Perceba que embora se promovam a indicação do tratamento do Serviço Social, de modo a efetivação do direito à saúde, a tematização proposta pela autora BARBOSA (2016) indica que os desafios do Serviço Social<sup>5</sup> mediante

---

<sup>5</sup> Contudo, as requisições postas as/os assistentes sociais na área da saúde desde a década de 90 até os dias atuais – pautadas na lógica do projeto privatista – possuem características totalmente adversas aos valores ético-políticos da profissão e apresentam desafios extremamente complexos no cotidiano dos serviços de saúde. Desafios esses que determinam impasses para a materialização do direito universal a saúde e da garantia dos direitos sociais (BARBOSA, 2016, p.

intervenção, compõem embates<sup>6</sup> na materialização do direito à saúde, sendo possível remetermos a violação do direito à saúde dos RN's como uma violação de direitos humanos direito à vida.

Iamamoto (2010) apud Barbosa (2016) refere-se ao quadro sócio histórico não como “pano de fundo”, mas como a materialização das múltiplas relações que se configuram o “[...] cotidiano do exercício profissional do assistente social, bem como a contextualização de vida dos sujeitos usuários do Serviço Social, ambas intrínsecas as relações de trabalho direcionada ao Serviços Sociais”.

Outro aspecto identificado nos textos aponta sobre a necessidade de ir além do imediatismo, com foco na totalidade do sujeito, mediante uma análise histórica, tanto do seu objeto de análise, bem como do Serviço Social no que se refere a este público.

Outro dado observado é o sentido ofertado a atuação do profissional de Serviço Social no âmbito de suas atribuições, colocando a atuação com a família e com as políticas de forma pouco contextualizada, situação que seria necessária para o enfrentamento da tematização a partir da compreensão das possibilidades e dos desafios para a intervenção do Serviço Social.

MARTINS; FARINELLI; COSTA (2013) ressaltam que a compreensão da realidade social em que o grupo familiar do RN internado na unidade vive, é uma forma de contextualizar as transformações e processos históricos da sociedade brasileira de modo a não sucumbir ao imediatismo e/ou culpabilidade dos múltiplos sujeitos que compõe o grupo familiar de um ser em desenvolvimento e que seu desenvolvimento perpassa e perpassara um contexto de múltiplas vulnerabilidades.

Pode observar o tratamento com a família, colocando uma abordagem sistematizada nos modelos familiares, entretanto vale salientar que o devido tratamento proposto pelas autoras MARTINS; FARINELLI; COSTA (2013), no que se refere as mudanças contemporâneas e as multiplicidades de cada família na vida dos vulneráveis como RN's e crianças, evidenciando as vulnerabilidades

---

<sup>6</sup> No que se refere às condições de trabalho no setor público estatal maior empregador dos/as assistentes sociais – Cavalcante e Prêdes (2010) apud Barbosa (2016, p. 66) afirmam que elas também se organizam de acordo com a lógica da flexibilização e precarização, assim como pela influência do ideário neoliberal<sup>39</sup>. Segundo as autoras, enquanto funcionários/as públicos os/as assistentes sociais estão submetidos/as ao processo decorrente do enxugamento da máquina estatal, ao mesmo tempo em que necessitam lidar cotidianamente com o processo de contrarreforma do Estado, que transforma as políticas sociais em ações pontuais e seletivas, sob o argumento de crise fiscal do Estado.

decorrente de um sistema neoliberal<sup>7</sup>, na qual o pauperismo torna-se o motivo pela qual as famílias demonstram sua marca de resistência<sup>8</sup> mediante melhorias de vida e reconhecimento enquanto sujeito de direito e dignidade humana.

Segundo abordagem proposta pelas autoras MARTINS; FARINELLI; COSTA (2013), ficou claro desafios que limitam o atendimento as famílias dos RN's internos na unidade de terapia neonatal e pediátrica. Um dos citados foram a carência material e financeira para atendimento as necessidade familiares, podemos observa neste deficiência, ausência de aparato institucional no acolhimento a família quando se tratando de acompanhante de seus filhos internados.

Destarte, a ausência de capacidade necessária para o acolhimento, o que pode ser considerado por vezes um fator de evasão hospitalar ou interrupção de tratamentos por fatores internos e externos, o que torna-se crucial a compreensão totalizante da família, por parte do Serviço Social, afim de evitar a reprodução da culpabilização familiar.

Destaque também para as influências institucionais mediante a ação promovida pelo Serviço Social, na qual as autoras esclarecem que é “[...] o modo particular, subjetivo, como profissional elabora sua situação na instituição, estabelecendo sua própria ordem de relevância que vai dar o sentido de seu trabalho” (BAPTISTA, 1995 apud MARTINS; FARINELLI; COSTA, 2013, p 172).

A deficiência de formação da equipe também se constitui enquanto desafio para o Serviço Social, segundo MARTINS; FARINELLI; COSTA (2013), a ausência de conhecimento ligado a humanização na saúde e características de trabalho interdisciplinar provocam empasses no direcionamento da demanda como obstáculo a sua resposta positiva. Neste caso em específico, torna-se notória os desafios do Serviço Social na articulação com demais profissionais da saúde devido à ausência de compreensão sobre o sujeito para além de sua condição clínica<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> O aumento da população abaixo da linha da pobreza, desemprego estrutural, dificuldades no acesso a qualificação para o trabalho, desigualdade na distribuição de renda, ausência de efetivação das políticas social públicas, e demais questões surgidas na chama era global.

<sup>8</sup> Resta-lhe, apenas, lutarem por respeito, justiça e solidariedade. Enquanto isso não ocorrem, homens, mulheres e crianças morrem nas portas de hospitais. E nessa realidade que atuam os profissionais da área da saúde, em especial o Assistente Social (MARTINS; FARINELLI; COSTA, 2013, p. 173).

<sup>9</sup> Quanto ao processo de atenção a família nos espaços institucionais é necessário dizer inicialmente que, em sua maioria, estão organizados para trabalhar na perspectiva do usuário-problema. Ou seja, o usuário privilegiado é a criança, o adolescente [...] dentro de sua situação específica tais como a doença [...] com

Contudo, as autoras MARTINS; FARINELLI; COSTA, (2013) são precisamente esclarecedoras no que se refere a atuação profissional do Assistente social pautada no Código de Ética de 1993, mediante ações vinculadas a um projeto societário de transformação na qual se forma a partir do reconhecimento do sujeito enquanto sujeitos de direito, autonomia e liberdade para sua plena emancipação.

Ressalta que o Serviço Social<sup>10</sup>, mediante articulação multidisciplinar, cria estratégias de enfrentamento afim de responder as necessidades demandatárias do público alvo no contexto institucionalizado, tanto referente aos pacientes nestes casos RN's e demais Crianças, quanto aos familiares, contextualizando junto aos usuários no propósito de ultrapassar as linhas da imediaticidade clínica.

Vale salientar que, o trabalho do Assistente Social no contexto hospitalar torna-se fundamental conforme esclarece MARTINS; FARINELLI; COSTA, (2013, p. 182) devido ao fator de que o momento de hospitalização é um momento extremamente delicado na qual impões múltiplos desafios para pacientes e familiares, bem como para os próprios profissionais da saúde, entre eles o Assistente Social.

Nesta perspectiva, o reconhecimento da vulnerabilidade exposta aos RN's e as crianças de um modo geral, assim como do contexto familiar e suas particularidades, bem com as relações sócio ocupacionais é uma abordagem necessária ao Serviço Social.

Segundo a abordagem proposta, o (des) reconhecimento da criança historicamente se construiu mediante as mais diversas formas de expressão humana sobre sua definição de peculiaridade frágil, na qual era direcionada ao acaso de sua própria fragilidade de seu ciclo de vida "infância".

Conforme FUZIWARA (2013) os direitos humanos são conquistas sociais recentes comparado ao tempo histórico que se institucionaliza enquanto reconhecimento da pessoa em sua dignidade humana, ressalta que da mesma forma, se os direitos humanos são uma construção social recente, também assim o é o reconhecimento da necessária importância que se faz na análise das

---

uma leitura limitada das demandas que lhes são colocadas (MIOTO, 1997 apud MARTINS; FARINELLI; COSTA, 2013, p. 179-180).

<sup>10</sup> A atuação do Assistente Social tem como objetivo conhecer a realidade vivenciada pelos os usuários da unidade e respectivas famílias, planejando e realizando um trabalho articulado com a equipe profissional através de ações qualificadas e éticas voltadas para atender as necessidade e demandas dos usuários (pacientes e familiares) (MARTINS; FARINELLI; COSTA, 2013, p. 180).

particularidades direcionada aos RN`s enquanto sujeitos de vulnerabilidades particulares.

Destaca-se aqui, a concepção de que os direitos humanos cobrem juridicamente a todos, através do reconhecimento da pessoa humana, contudo, conforme visto anteriormente a adesão a serviços de cunho discriminado enquanto direito fundamental torna-se por vezes inexistentes. Desta forma, ressalta FUZIWARA (2013, p. 533) que a concepção liberal dos direitos humanos se respalda no que Marx chamou de ilusão jurídica, não no sentido de ser mera ilusão, mas no do mascaramento de interesses em leis teoricamente “justas” e “neutras”.

Analisando as leis “justas” e “neutras” destacadas pelo autor, evidencia-se manobras que sinaliza desafios para o Serviço Social no que se refere a efetivação de direitos sociais, entre eles o direito a saúde em particularidade voltada aos RN`s, o que segundo FUZIWARA (2013) sinalize a importância da análise particular da criança e do adolescente como sujeitos distintos e particularidades próprias.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mediante o conteúdo analisado, entre os autores FUZIWARA (2013), MARTINS; FARINELLI; COSTA (2013), SILVA e SILVA (2015), TORRES; GUEDES (2015) BARBOSA (2016), destacou-se a lacuna existente no tratamento das peculiaridades que são expostos os RN`s.

Em suma, observa-se que, segundo as autoras/es das obras analisadas ao Serviço Social nas áreas de estudos, é direcionado aos assistentes sociais o compromisso com a materialização do projeto profissional.

Entretanto, mesmo corroborando com o comprometimento ético político, aos RN`s é perceptível a ausência da análise dos mesmo como um público extremamente vulnerável, sendo pouco trabalhado em suas particularidades pela categoria que atua no contexto hospitalar, estes que tem os condicionantes a concretização das perspectivas profissionais as demandas deste público vulnerável.

Destarte, a necessidade de desenvolver atividades científicas dentro do panorama de limites e possibilidades que integram o cenário institucional e o atendimento aos RN's, com o propósito de descrever os desafios e possibilidades na materialização do Serviço Social mediante o fazer profissional neste espaço sócio ocupacional, tendo em vista sua escassez.

Como demonstrado, pode-se observar que um dos desafios a ser superado pela Serviço Social no âmbito hospitalar, está ligado diretamente a carência material e financeira, desta forma notadamente podemos perceber que os retrocessos contemporâneos reafirmam os desafios e nos obriga enquanto categoria, criar estratégias de enfrentamento para efetivação das necessidades familiares e dos RN's.

Podemos observar neste cenário, deficiência, ausência de aparato institucional no acolhimento a família quando se tratando de acompanhante de seus filhos internados, promovendo uma análise institucional focalizada e diretamente clínica, na qual não é levado em consideração as múltiplas relações e cenários que cada RN's se vincula mediante vivência sócio familiar.

Vale salientar que, a ausência da criticidade e reflexão frente as múltiplas refrações da questão social que se sujeitam a vivência dos familiares é observada como elemento de evasão hospitalar ou interrupção de tratamento, o que se configura como primordial a compreensão totalizante da família, por parte do Serviço Social, afim de evitar a reprodução da culpabilização familiar.

O supracitado desafio está ligado a deficiência de formação da equipe, a ausência de conhecimento ligado a humanização na saúde e características de trabalho interdisciplinar, o que criam e recriam obstáculo a sua resposta positiva reproduzindo a ausência de compreensão sobre o sujeito para além de sua condição clínica.

As reflexões sobre essa temática não devem se encerrar, sendo de fundamental importância que a categoria profissional invista na produção científica dessa temática a fim de reduzir a lacuna existente e, conseqüentemente o favorecimento de subsídios para a intervenção profissional em consonância, não somente com a legislação social existente, mas sobretudo com o Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social.



## REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. **S. Saúde e democracia**. Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BARBOSA, A. N. **Serviço Social e Saúde: um resgate sobre o fazer profissional do/a assistente social na Maternidade Escola Januário Cicco**. UFRN, 2016. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/1/154?offset=60>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRAVO, M. I. A saúde na década de 90. In. UERJ-DEPERXT-NAPE. **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro, 2001. p. 29-32.

\_\_\_\_\_. et al (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília-DF (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

CRUZ, M. M. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde**. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/historico-do-sistema-de-saude-protacao-social-e-direto-a-saude-\[16-200511-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/historico-do-sistema-de-saude-protacao-social-e-direto-a-saude-[16-200511-SES-MT].pdf)>. Acessado em 15 Abril. 2018.

FREITAS, T. P. **Serviço Social e sociedade: direitos sociais e políticas públicas**. N.105, P30-49 Serviço Social e Medidas Socioeducativa: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos. São Paulo: Cortez, 2011.

FORTI, V; GUERRA, Y (organizadoras). **Ética e Direitos: ensaios críticos**. Ed. 3ª. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

FUZIWARA; A. S. Lutas Sociais e Direitos Humanos da Criança e do Adolescente: uma necessária articulação. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 115, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

MARTINS, R. A. S; FARINELLI, M. R; COSTA, K. A. Família e serviço Social: reflexões acerca da experiência na unidade de terapia neonatal e pediátrica da

UFTM. **Serviço Social e Saúde**, Campinas (SP), v. 2, n. 2 (16), p. 171 -184, jun./dez. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8639493/7066>>. Acesso em: 15 maio 2018.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <<http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-SES-MT.pdf2015>>. Acesso em : 20 mar. 2018.

TEIXEIRA, M. J. O. **As Unidades de Pronto Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (Upas) 24H**. o fetiche do novo modelo de gestão e o impacto do Sistema Único de Saúde. Campinas SP: Papel Social, 2014.

TORRES, C; GUEDES, C. Triagem Neonatal, Anemia Falciforme e Serviço Social: o atendimento segundo profissionais de saúde. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 271-287, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum>>. Acesso em: 20 abr. 2018.