

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

NELIZE MOSCON

**VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA NA PROTEÇÃO AO RECÉM-  
NASCIDO PREMATURO: UM ESTUDO NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UFSC E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL  
NO SEU ENFRENTAMENTO**

Florianópolis - SC  
2007

**NELIZE MOSCON**

**VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA NA PROTEÇÃO AO RECÉM-NASCIDO  
PREMATURO: UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC E A  
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SEU ENFRENTAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliete Cibele Cipriano Vaz.

Florianópolis-SC  
2007

**NELIZE MOSCON**

**VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA NA PROTEÇÃO AO RECÉM-NASCIDO  
PREMATURO: UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC E A  
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SEU ENFRENTAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliete Cibele Cipriano Vaz  
Orientadora

---

1<sup>a</sup> Examinadora  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Célia Tamasso Miotto  
Prof<sup>a</sup>. Departamento de Serviço Social – UFSC

---

2<sup>a</sup> Examinadora  
Prof<sup>a</sup>. Ms. Cristiane Selma Claudino

Florianópolis-SC  
2007

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela sua fidelidade, da qual muitas vezes, nós humanos duvidamos. Por ter segurado minha mão quando estive com medo, e por tantos momentos imensamente felizes que me proporcionastes nesses últimos quatro anos, Muito Obrigada!

À minha família biológica e àquela adquirida em Florianópolis, obrigada pelo apoio. Especialmente aos meus pais, por terem me proporcionado o que nunca tiveram, e à custa de muito esforço... Amo vocês!!

Ao Departamento de Serviço Social e estendendo à comunidade UFSC pela oportunidade de adquirir tantos conhecimentos, grata.

Às colegas de sala, pelas amizades, pelos trabalhos em grupo, encontros na BU, almoços coletivos no RU... Em especial para Priscilla, companheira nos bons e maus momentos, nos trabalhos, provas, baladas, pelos risos, pelos conselhos, pelas tardes de filosofia, indignações e gula ☺. Momentos que não voltarão mais, e que certamente deixarão saudades. Te adoro amiga!

À minha orientadora, professora Eliete, pelo esforço e dedicação ao meu trabalho, pelo seu jeito meigo de procurar a perfeição, por ensinar-me a arte da lapidação, meus sinceros agradecimentos e admiração. Como me dissestes no momento em que solicitei tua orientação: foi um prazer, uma honra tê-la comigo nessa etapa.

Se nossas atitudes futuras são reflexos das que tivemos, certamente serei uma orientadora organizada, pontual, comprometida, dedicada, amiga, compreensiva e fiel à causa assumida. ☺

À minha supervisora de estágio no HU, Viviane, pelo carinho, por tantos conhecimentos apreendidos, pela pessoa que és, saiba que te considero muitíssimo.

E ao meu Thi, por nunca duvidar da minha capacidade, pelo incentivo, pelo carinho, pelo amor, pela dedicação, por estar do meu lado sempre, sempre, sempre. Obrigada! Por tudo o que acrescentasses de melhor em mim, por tudo o que vivemos e viveremos, Te amo muito!

## RESUMO

MOSCON, Nelize. **Vulnerabilidade da família na proteção ao recém-nascido prematuro:** um estudo no Hospital Universitário da UFSC e a atuação do Serviço Social no seu enfrentamento. 2007. 95f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Este trabalho resulta da experiência de estágio realizado na Neonatologia do Hospital Universitário da UFSC. Trata-se de um estudo investigativo que tem por objetivo indicar alternativas de ação ao Serviço Social do HU visando minimizar as vulnerabilidades sociais dos RNs prematuros, a partir da compreensão dos sujeitos na sua totalidade, como pertencentes a uma classe social e sujeitos históricos de direitos. Como objeto de estudo enfoca-se o recém-nascido com extremo baixo peso. O nascimento prematuro é um acontecimento decorrente de fatores sociais, além de biológicos, e constitui-se em demanda ao assistente social em suas diversas áreas de atuação, não somente em instituições hospitalares. Famílias e indivíduos podem estar em algum momento de sua vida, vulneráveis, uma vez que essa condição é consequência do atual modo capitalista de produção que privilegia o econômico em detrimento do social, comprometendo o exercício da cidadania dos sujeitos. No campo de estágio, durante os atendimentos aos recém-nascidos prematuros e suas famílias percebeu-se que o nascimento prematuro era agravante de uma situação de vulnerabilidade já existente na família. Os recém-nascidos prematuros são, portanto, um segmento particularmente vulnerável devido à própria condição da prematuridade, mas também devido à vulnerabilidade social das famílias que eles compõem o que exige amparo e proteção Estatal à família por meio de políticas públicas eficazes de saúde e assistência, cabendo ao assistente social ser viabilizador dessa proteção procurando garantir os direitos declarados na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade Social. Serviço Social. Famílias. Prematuridade. Políticas Públicas de Saúde.

## LISTA DE SIGLAS

AAHU – Associação Amigos do HU  
ANAS - Associação Nacional de Assistentes Sociais  
ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CFB – Constituição Federal do Brasil  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social  
GINEO - Grupo Interdisciplinar da Neonatologia  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IG – Idade Gestacional  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
LBA – Legião Brasileira de Assistência  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MMC - Método Mãe Canguru  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PES – Plano Estadual de Saúde  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNAS - Política Nacional de Assistência Social  
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
RDH - Relatório de Desenvolvimento Humano  
RN – Recém-nascido  
RNBP - Recém-nascido de Baixo Peso  
RNPT- Recém-nascido Pré-termo  
ROP - Retinopatia da Prematuridade

RUPREMA – Ruptura Precoce da Membrana Amniótica

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI – Serviço Social da Indústria

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Indicadores socioeconômicos IBGE .....	22
Quadro 02: Fatores de risco sociodemográficos e comparação desses percentuais entre os grupos de casos (prematuros) e controle (não prematuros) no HU-UFSC em 2004.....	28
Quadro 03: Distribuição da média da renda familiar nos três subgrupos de nascimento prematuro e no grupo controle no HU-UFSC em 2004. ....	28
Quadro 04: Distribuição numérica e percentual dos fatores de risco clínicos e comparação desses percentuais entre os grupos de casos (prematuros) e controle (não prematuros) no HU-UFSC em 2004.....	29
Quadro 05: Índice de mortalidade infantil no Brasil e Santa Catarina .....	50
Quadro 06: Taxa de mortalidade materna no Brasil e Santa Catarina.....	51
Quadro 07: Taxa de mortalidade infantil em Florianópolis .....	56
Quadro 08: Distribuição dos hospitais e leitos hospitalares em Santa Catarina .....	58
Quadro 09: Caracterização da amostra .....	74
Quadro 10: Variáveis analisadas indicativas de vulnerabilidade social .....	75



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de filhos.....	76
Gráfico 2: Procedência.....	77
Gráfico 3: Situação Habitacional.....	77
Gráfico 4: Situação de Trabalho do Pai .....	78
Gráfico 5: Situação de Trabalho da Mãe .....	78
Gráfico 6: Nível de Instrução do Pai .....	79
Gráfico 7: Nível de Instrução da Mãe.....	79
Gráfico 8: Renda Familiar.....	80

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 DEFININDO CONCEITOS: VULNERABILIDADE SOCIAL NO ATUAL SISTEMA CAPITALISTA DE PRODUÇÃO E VULNERABILIDADE SOCIAL NA PREMATURIDADE .....</b>	<b>15</b>
1.1 VULNERABILIDADE E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA .....	15
1.1.1 Reestruturação produtiva no Brasil .....	19
1.2 VULNERABILIDADE NA PREMATURIDADE.....	24
1.2.1 Conhecendo o recém-nascido prematuro.....	24
1.2.2 Por que um RN prematuro é particularmente vulnerável? .....	29
<b>2 O PAPEL DA FAMÍLIA E DO ESTADO NA PROTEÇÃO SOCIAL À PREMATURIDADE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE GARANTINDO OS DIREITOS AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE .....</b>	<b>34</b>
2.1 A FAMÍLIA COMO PRIMEIRA E PRINCIPAL INSTÂNCIA DE PROTEÇÃO À PREMATURIDADE .....	35
2.1.1 Concepção e definição do conceito de família.....	35
2.1.2 Trajetória histórica da família até a contemporaneidade.....	36
2.1.3 A família brasileira e a proteção à infância .....	41
2.1.4 A organização das famílias no enfrentamento das vulnerabilidades sociais do recém-nascido prematuro .....	43
2.2 A PROTEÇÃO DISPENSADA PELO ESTADO POR MEIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS .....	47
2.2.1 Políticas públicas materno-infantis no enfrentamento da vulnerabilidade.....	49
2.3 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE COMO VIABILIZADOR DA PROTEÇÃO ÀS FAMÍLIAS E RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS .....	56
2.3.1 Sobre a política de Saúde no Brasil.....	56
2.3.2 Alguns aspectos da política de saúde em Santa Catarina .....	58
2.3.3 A Inserção do Serviço Social na área da Saúde .....	60
<b>3 A VULNERABILIDADE SOCIAL NA PREMATURIDADE COMO REFLEXO DA VULNERABILIDADE SOCIAL FAMILIAR E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SEU ENFRENTAMENTO .....</b>	<b>64</b>
3.1 CONHECENDO O CAMPO DE ESTÁGIO E AS AÇÕES PROFISSIONAIS	64
3.1.1 Realidade do Hospital Universitário da UFSC – local do estágio .....	64
3.1.2 O processo de trabalho do Assistente Social no Hospital Universitário .....	66
3.1.2.1 O processo de trabalho do Assistente Social na Neonatologia .....	68

3.2 IDENTIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADES SOCIAIS DE ALGUMAS FAMÍLIAS ATENDIDAS E AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO SEU ENFRENTAMENTO .....	72
3.2.1 Especificação do estudo.....	72
3.2.2 Instrumentos e coleta de informações .....	72
3.2.3 Amostra e caracterização .....	73
3.2.4 Análise dos dados .....	75
3.2.5 Como o assistente social pode contribuir para minimizar as vulnerabilidades sociais dos recém-nascidos prematuros?.....	81
CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXOS.....	93
Anexo A: Organograma do Serviço Social no Hospital Universitário.....	94
Anexo B: Ficha Cadastral de Atendimento do Serviço Social da Maternidade.....	95

## INTRODUÇÃO

As intenções deste estudo foram germinadas a partir da prática de Estágio Curricular Obrigatório realizada no período de abril a julho de 2007 na Neonatologia do Hospital Universitário da UFSC em Florianópolis.

Nos atendimentos aos recém-nascidos (RNs) prematuros e suas famílias, percebeu-se, através de entrevista e observação às mães, que esse momento de suas vidas (ou de suas respectivas famílias), causava angústia e sofrimento, que certamente não advinham exclusivamente do fato de ter tido uma criança prematura.

Suas angústias e preocupações eram consequência do fator socioeconômico que permeava suas vidas.

A prematuridade era portanto, um fator agravante, na medida em que a família já possuía histórico de vulnerabilidades sociais, colocando em risco a proteção e a segurança dos recém-nascidos.

A partir de então, a inquietação constante, e objetivo deste estudo, passou a ser a investigação que respondesse a pergunta: Como o Assistente Social pode contribuir para minimizar as vulnerabilidades sociais dos recém-nascidos prematuros e suas famílias, garantindo seus direitos e proteção?

Nesse sentido, este estudo pretende trazer contribuições no que diz respeito à vulnerabilidade social na prematuridade, indicando alternativas de ação ao assistente social, integrante das equipes de saúde e considerado competente no trabalho junto às famílias dos RNs prematuros, para socializar informações, garantir direitos, articular redes sociais, implementar políticas públicas, fortalecer a família e os sujeitos na organização política, pressionando o poder público para investimentos nessa área.

Do universo de RNs prematuros atendidos e suas respectivas famílias, foi selecionada a amostra de (06) seis RNs com extremo baixo peso, ou seja, com peso ao nascer inferior a 1000 gramas.

Para a investigação, utilizou-se os instrumentos técnicos: entrevista, observação, análise documental. Para a identificação das vulnerabilidades sociais dos RNs e suas respectivas famílias, estabeleceu-se as seguintes variáveis de análise: número de filhos, procedência, situação habitacional, nível de instrução dos pais, situação de trabalho dos pais e renda familiar.

A relevância da temática em pauta se dá, tendo em vista que o parto prematuro é ainda hoje, um grave problema de saúde pública. Mesmo sendo apenas uma fração de todos os nascimentos, contribui desproporcionalmente para as altas taxas de mortalidade e morbidade infantil (IBGE, 2007).

É considerado recém-nascido prematuro todo aquele que nasce antes de 38 semanas de idade gestacional (IG), e que pesa menos de 2500 gramas.

Uma subdivisão classifica-os em muito baixo peso (quando nascem com peso inferior a 1500g), e extremo baixo peso (inferior a 1000g).

Embora recentes progressos tecnológicos tenham possibilitado salvar vidas de recém-nascidos cada vez mais prematuros, estes resultados envolvem enormes custos, tanto no que se refere aos cuidados imediatos após o nascimento, quanto na manutenção de uma qualidade de vida adequada, principalmente de crianças que poderão sofrer algumas seqüelas neurológicas.

O nascimento prematuro requer uma família com condições econômicas suficientes para a auto-sustentação. Exige amparo Estatal por meio de políticas públicas eficientes de saúde e assistência (existência de profissionais capacitados, de programas, de aparelhos e medicamentos, de orientação aos pais, de recursos emergenciais, de suporte psicossocial).

O termo vulnerabilidade é recente, mas ao mesmo tempo tem sido citado por vários autores - Antunes (2006) Pereira (2001) Yasbek (2001) Miotto (2000) - e vem atingindo segmentos populacionais cada vez maiores.

Compreender a vulnerabilidade social na atualidade requer compreensão das transformações que ocorreram no mundo do trabalho e nas relações sociais, principalmente nas últimas décadas do século XX, decorrentes do processo de reestruturação produtiva, o qual compromete o exercício de cidadania da população.

A vulnerabilidade familiar decorre da ausência de políticas de emprego e renda, de saúde, de habitação, de inclusão social, próprias do modo de acumulação capitalista vigente, denominado acumulação flexível, que prioriza o econômico em detrimento do social.

As pessoas podem estar, em algum momento de suas vidas, vulneráveis. Os RNs prematuros são um segmento particularmente vulnerável, pois além de o serem devido à própria condição da prematuridade, também o são devido à condição de vulnerabilidade da família na qual estão inseridos: pais desempregados ou com precárias condições de trabalho e renda, com dependência química, pouca escolaridade

ou analfabetismo, mãe adolescente sem companheiro ou rede de apoio familiar, elevado número de filhos, precárias condições habitacionais e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, cultura e lazer, entre outros.

A vulnerabilidade social, particularmente na prematuridade, tem se constituído numa demanda do Serviço Social nas diversas áreas, não exclusivamente nas instituições hospitalares, e exige do profissional conhecimento para propor e implementar ações, empenho e atenção no trato a essas crianças e suas famílias.

O artigo 226 da Constituição Federal do Brasil endossa o artigo 16 da Declaração dos Direitos Humanos, quando reconhece a importância da família no contexto da vida social declarando-a como base da sociedade, núcleo natural e fundamental, que tem direito à proteção da sociedade e do Estado.

A proteção à família e à criança é tida também como prioridade na Constituição Federal (CF-1988), no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que tem a matricialidade sociofamiliar como foco das ações.

Cabe o desafio atual de garantir que esses direitos declarados sejam efetivados, pois a tendência ideológica do neoliberalismo é fazer com que a família seja capaz de resolver seus problemas por si própria, com uma dependência mínima dos serviços coletivos, ou seja, que ela seja auto-sustentável.

Para melhor compreensão da temática proposta, o presente estudo compõe-se de três seções.

Na primeira, são abordados os conceitos de vulnerabilidade e de prematuridade partindo dos questionamentos: O que é ser vulnerável? Quem são os sujeitos atualmente vulneráveis e por quê? O que é um recém-nascido prematuro? Por que ele é particularmente vulnerável? Faz-se uma abordagem do processo de reestruturação produtiva e os impactos desse processo no mundo do trabalho e das famílias.

Na segunda seção, descrevem-se algumas formas pelas quais os recém-nascidos prematuros possivelmente serão amparados: Pela família? Pelo Estado? Aborda-se também o que se entende por família? Ela sempre foi um espaço de proteção privilegiado para a infância? Que políticas públicas o Estado dispensa para proteger as famílias e os recém-nascidos? Discorre-se ainda sobre a política de saúde no Estado e a inserção do Serviço Social na área da saúde.

Na terceira e última seção, é colocada a experiência da prática de estágio realizada na Neonatologia do HU. Apresenta-se o local do estágio, bem como o processo de

trabalho do assistente social nessa instituição e identificam-se as vulnerabilidades sociais de algumas das famílias atendidas – dos recém-nascidos com extremo baixo peso.

Finaliza-se, refletindo sobre a atuação do assistente social, indicando possíveis formas de como ele pode, como componente das equipes de saúde, contribuir para minimizar as vulnerabilidades dos recém-nascidos prematuros e suas famílias na perspectiva da garantia dos direitos e da cidadania dos mesmos.

## **1 DEFININDO CONCEITOS: VULNERABILIDADE SOCIAL NO ATUAL SISTEMA CAPITALISTA DE PRODUÇÃO E VULNERABILIDADE SOCIAL NA PREMATURIDADE**

Esta seção tem como objetivo, definir o conceito de vulnerabilidade, quem está vulnerável e de que forma ela se expressa na sociedade, nas famílias e nos indivíduos inseridos num sistema capitalista de produção.

Para isso, resgatar-se-á brevemente como se deu o processo de reestruturação produtiva no Brasil e no mundo e que conseqüências rebateram sobre a família e os indivíduos sociais.

Visa também, definir a questão da prematuridade, suas possíveis causas, e esclarecer por que o recém-nascido prematuro é também um segmento especialmente vulnerável.

### **1.1 VULNERABILIDADE E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA**

A expressão “vulnerável” ou “vulnerabilidade”, aparentemente nova, tem aparecido com frequência na obra de diversos autores, como Yazbek (2001), Mito (2000), Antunes (2006), Pereira (2001), nos meios de comunicação social e no discurso de vários profissionais das diversas ciências, como sociólogos, economistas, médicos, psicólogos.

Quanto à sua origem, Mito (2000, p.217), cita que o termo vulnerabilidade é originário da área dos Direitos Humanos, e é utilizado para “designar grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania”.

Por direito de cidadania, entende-se o conjunto de direitos de cada indivíduo (ou do conjunto de indivíduos) que o permitem viver e relacionar-se com os demais indivíduos da sociedade na qual ele está inserido, bem como participar na escolha de seus governantes.

O direito de cidadania perpassa pelos direitos individuais, de liberdade de ir e vir, e pelos direitos coletivos, como direito ao trabalho, educação, lazer e cultura. Quem não



tem cidadania, está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social.

Compreender a vulnerabilidade social na atualidade, requer compreensão das transformações que ocorreram no mundo do trabalho e nas relações sociais, principalmente nas últimas décadas do século XX, as quais comprometem o exercício de cidadania da população.

A partir da década de 70, ocorreu uma queda da taxa de lucros do capital no atual modo de produção de alguns países principalmente Europeus. Isso gerou baixos índices no crescimento da produção e da produtividade, crescendo o desemprego da população nesses países.

O atual modo de produção, o chamado taylorismo<sup>1</sup>/fordismo<sup>2</sup>, foi vigente desde o período do pós-guerra.

De fato, a denominada crise do fordismo e do keynesianismo<sup>3</sup> era expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo. Ele exprimia, em seu significado mais profundo, uma crise estrutural do capital [...] Com o desencadeamento de sua crise estrutural começava também a desmoronar o mecanismo de 'regulação' que vigorou, durante o pós-guerra, em vários países capitalistas avançados, especialmente da Europa. Como resposta à sua própria crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal [...] a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho (ANTUNES, 1999, p.31 apud SERRA, 2001, p.151).

---

<sup>1</sup> O Taylorismo é um termo derivado do nome de seu inventor, o engenheiro Frederick Winslow Taylor (1865-1915), baseado na estrita separação entre as tarefas de concepção e de execução, acompanhada de uma parcelização das últimas, devendo cada operário, em última análise, executar apenas alguns gestos elementares (BIHR, 1998, p.39 apud NOGUEIRA, 2004, p.27).

<sup>2</sup> O Fordismo, inicialmente, constitui uma forma de produção e gerenciamento. Foi criado por Henry Ford, em 1913, após dez anos da instalação da empresa que levava seu nome. Tinha como objetivo desenvolver o aumento da produção e assim assistir a um elevado número de consumidores (NOGUEIRA, 2004, p.28). Na indústria automobilística de Ford, onde os operários eram altamente especializados e responsáveis pela fabricação de todo o automóvel, foi implantado o método taylorista de organização científica do trabalho.

<sup>3</sup> O Keynesianismo é a teoria econômica consolidada pelo economista inglês John Maynard Keynes. Consiste numa organização político-econômica, oposta às concepções neoliberalistas, fundamentada na afirmação do Estado como agente indispensável de controle da economia, com objetivo de conduzir a um sistema de pleno emprego. Também conhecido como Estado de Bem-Estar Social, foi originalmente adotado pelas políticas econômicas inauguradas por Roosevelt com o New Deal, que respaldaram, no início da década de 1930, a intervenção do Estado na Economia com o objetivo de tentar reverter uma depressão e uma crise social que ficou conhecida como a crise de 1929 (WIKIPÈDIA, 2007).

Como resposta a essa crise do capital, objetivando repor os níveis de acumulação afetados pelas taxas decrescentes de lucro do capital, houve, portanto, a implantação de um processo de reestruturação da produção.

Reestruturar o padrão produtivo quer dizer alterar a forma de produzir, porém conservar a estrutura, o modo capitalista de produzir.

A reestruturação produtiva compreende o período de transição do padrão de produção fordista/taylorista, (caracterizado pela mecanização do processo de trabalho, pela produção padronizada e organizada hierarquicamente, e pela disciplinarização do corpo às tarefas) para um novo padrão denominado acumulação flexível.

Esse modelo de produção também ficou conhecido como toyotismo<sup>4</sup>.

Dias (1997 apud MOTA; AMARAL, 1998, p.27), esclarece o que é a reestruturação produtiva:

[...] todo o processo conhecido como reestruturação produtiva, nada mais é do que a permanente necessidade de resposta do capital às suas crises. Para fazer-lhes frente é absolutamente vital ao capital – e aos capitalistas – redesenhar não apenas sua estruturação “econômica”, mas, sobretudo, reconstruir permanentemente a relação entre as formas mercantis e o aparato estatal que lhe dá coerência e sustentação. Assim, o momento atual da subsunção real do trabalho ao capital – conhecido ideologicamente como a III Revolução Industrial – exige uma modificação das regras da sociabilidade capitalista, modificação essa necessária para fazer frente à tendência decrescente da taxa de lucro.

Uma característica da nova forma de produzir, e contrária ao padrão fordista rígido é a flexibilidade. “É a flexibilidade dos processos e mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo, as respostas imediatas e diretas às demandas por segmentos do mercado” (SERRA, 2001, p.154).

A concorrência entre as empresas dentro no mercado consumidor aumenta.

O produto de cada empresa para ser vendido precisa superar o produto produzido pela concorrente, ou seja, além de ser produzido com um custo menor (para que possa ser vendido por um preço menor, porém que continue gerando lucro), ele também precisa ter a mesma qualidade, atender a necessidade do consumidor, ou ainda

---

<sup>4</sup> O Toyotismo é o modo de organização da produção capitalista, adaptado primeiramente nas indústrias japonesas no período do pós-guerra (anos 1950), quando o fundador da empresa Toyota, Sr. Eiji Toyoda, visitou uma fábrica da Ford em Detroit, e aperfeiçoou o método fordista para obter maiores rendimentos em sua empresa.

convencê-lo de que ele precisa adquirir determinado produto. Isso se reflete no apelo pela subjetividade de quem consome esses produtos, fazendo com que o consumidor tenha outra nova necessidade cada vez que supre uma.

Esse novo modo de produção flexível é regido pela ideologia neoliberal, que passou a expandir-se em todo o mundo nos anos 1980 e 1990.

O neoliberalismo, como ideário econômico e político, é regido pela lei de mercado da oferta e da procura, prega pela regulação estatal mínima e subordinação do social ao econômico.

Enquanto a indústria fordista necessitava do keynesianismo, a indústria de produção flexível necessita da liberdade do mercado e da abolição de parte dos controles do Estado sobre as condições de uso da força de trabalho. Esta nova concepção, que já se materializa pela supressão de alguns mecanismos de proteção social, é corroborada pela ofensiva de mudança na legislação do trabalho (MOTA; AMARAL, 1998, p.38).

O objetivo principal da acumulação flexível é conseguir o melhor aproveitamento do tempo de produção. Para isso, utiliza-se de novas tecnologias, e novas formas de gerenciamento da força de trabalho. Devido a essa utilização de novas tecnologias e conseqüente diminuição dos postos de trabalho humano - de trabalho vivo, a acumulação flexível também é conhecida como produção enxuta.

São várias as formas de gerenciamento e controle da força de trabalho para extrair do trabalhador o máximo de rendimentos. Por meio da horizontalidade na estrutura organizacional, a empresa faz com que o trabalhador se sinta numa condição de igualdade, um “colaborador” da empresa e não mais simples funcionário.

Os Círculos de Controle da Qualidade (CCQs), “constituídos como grupos de trabalhadores que são incentivados pelo capital para discutir o trabalho e seu desempenho, com vistas a melhorar a produtividade e lucratividade da empresa” (ANTUNES, 1999 apud NOGUEIRA, 2004, p.36), são exemplos disso, assim como os Programas de Qualidade Total, prêmios por produtividade, Programa de Participação nos Lucros e Resultados (PLR), entre outros.

Esses “incentivos” constituem-se na verdade, em uma forma de manipulação e alienação do trabalhador, desarticulando seus movimentos organizativos e conseqüentemente suas reivindicações.

Fazendo com que o trabalhador se sinta comprometido, “parceiro” da empresa, ele passa a não se sentir mais como pertencente a uma classe, como um trabalhador coletivo constituinte de uma categoria, mas como um trabalhador “livre”, individualista, que vê no outro trabalhador, um concorrente, um inimigo que poderá tomar o seu lugar, e que para prosperar, depende somente do seu esforço em atingir as metas previamente determinadas pela empresa.

Essa horizontalização estende-se às subcontratadas, às firmas terceirizadas. Dentro da empresa matriz há um número reduzido de trabalhadores mais qualificados, multifuncionais envolvidos em seu ideário, bem como ampliando o conjunto flutuante e flexível de trabalhadores com o aumento das horas extras, da terceirização no interior e fora das empresas, da contratação de trabalhadores temporários (ANTUNES, 1999, p.56 apud SERRA, 2001, p.154).

O trabalho terceirizado isenta os empresários de pagar os benefícios sociais e os direitos vinculados ao trabalho desses indivíduos.

Essa alteração no modo de contratação da força de trabalho quebra o vínculo empregatício entre o trabalhador e a empresa, origina relações de trabalho precarizadas, instáveis, inseguras. O resultado são subempregos, subcontratações, trabalhadores informais, sem carteira assinada, sem proteção social, desprotegidos e vulneráveis.

Como se verá, no Brasil, isso não foi diferente.

### **1.1.1 Reestruturação Produtiva no Brasil**

Segundo Antunes (2006, p.18), a reestruturação produtiva no Brasil, teve início na década de 1980, porém, foi nos anos 1990 que se desenvolveu intensamente com a implantação de vários receituários da acumulação flexível e do ideário japonês, como sistemas de *just-in-time* (máximo aproveitamento do tempo), do Processo de Qualidade Total, das formas de subcontratação e de terceirização da força de trabalho, da transferência de unidades produtivas.

Segundo Mota e Amaral (1998, p.35), a marca da reestruturação produtiva no Brasil é a redução de postos de trabalho, o desemprego dos trabalhadores do núcleo organizado da economia e a sua conseqüente transformação em trabalhadores sem

carteira assinada, desempregados abertos e desempregados ocultos por trabalho precário.

As palavras de Serra (2001, p.156) ilustram bem as conseqüências dessa reestruturação produtiva associada ao ideário neoliberal, não só no Brasil, mas em todo o mundo:

Os efeitos da vigência do novo padrão produtivo associado à doutrina neoliberal são múltiplos e atingem todos os ângulos que envolvem o processo produtivo, a saber: fragmentação da classe trabalhadora com a existência de vários tipos de trabalhadores; redução do trabalho regular e aumento crescente do trabalho precarizado parcial, temporário, subcontratado e terceirizado; surgimento do desemprego estrutural; desindustrialização das economias nos países periféricos; desregulamentação dos direitos do trabalho, dessindicalização dos trabalhadores e/ou destruição do sindicalismo de classe; maior exploração do trabalho das mulheres; crescimento do trabalho informal; nova forma de exploração dos trabalhadores por meio de atividades polivalentes e multifuncionais.

A partir dessas considerações sobre a realidade social, podemos compreender por que essa expressão “vulnerabilidade” tem sido tão utilizada, e porque vem abrangendo um número cada vez maior de segmentos populacionais.

Numa realidade onde as contradições sociais são agravadas, onde a proteção Estatal tem se mostrado insuficiente para garantir a segurança da população nas políticas de educação e saúde, onde as possibilidades de um emprego estável e que dê conta de prover o sustento da família é cada vez mais raro, o resultado certamente serão indivíduos e famílias fragilizados e vulneráveis.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), são diversos os fatores que determinam a vulnerabilidade, os eventos<sup>5</sup> e o risco pessoal ou social.

Ela define vulnerabilidade, pela condição “desfavorável” dada. “É a condição objetiva da situação de exclusão que aumenta a probabilidade de um evento ocorrer. O que a identifica são processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação, desvantagem e exclusão social, econômica e cultural” (PNAS, 2004, p.7). Ou seja, vulnerabilidades próprias do ciclo de vida - nascimentos, mortes etc;

---

<sup>5</sup> Por eventos, a política entende a ocorrência nos sujeitos (tanto indivíduos ou coletivos) de efeitos indesejados e inesperados, tais como: calamidade pública, morte, desabamentos, entre outros (PNAS, 2004, p.7).

condições de desvantagem pessoal, resultantes de deficiências, ou incapacidade para ter uma vida considerada normal para sua idade e sexo, no contexto onde está inserido.

As situações de risco são definidas pela relação entre uma situação objetiva de vulnerabilidade, e a capacidade subjetiva dos sujeitos agirem, de enfrentar tal situação, capacidade essa que pode ser encontrada na coletividade. Nessas condições a população está sujeita à violação de direitos pela negligência, violência e abandono.

Percebe-se então, que a vulnerabilidade social decorre de fenômenos diversos, com causas e conseqüências distintas. Elas são identificadas a partir do confronto entre as características individuais e familiares – ciclo de vida, tipo de arranjo familiar, escolaridade, renda corrente, formas de inserção no mercado de trabalho e condições de saúde – e suas possibilidades de desfrute dos bens e serviços ofertados pelo Estado, sociedade e mercado.

Abramovay e Pinheiro (2003), entendem a vulnerabilidade social como “o resultado negativo da relação entre a disponibilidade de recursos (materiais ou simbólicos) dos atores e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade civil”. Lembrando que o não acesso a determinados insumos (educação, trabalho, saúde, lazer e cultura) impedem esses mesmos segmentos de sair dessa condição de vulnerabilidade.

O Estado, como um dos principais agentes responsáveis pela proteção dos indivíduos por meio de políticas públicas sociais, tem sido muitas vezes, omissos no que se refere à garantia e promoção desses recursos, que minimizariam essas vulnerabilidades.

Apontado em Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) de 2005, como referência de desigualdade, o Brasil é apresentado (RDH, 2006 apud PNUD, 2007) como exemplo de melhoria na distribuição de renda. Nele, o desempenho brasileiro é avaliado principalmente com base no índice de Gini<sup>6</sup>, com 0,580.

Atualmente, o Brasil é o 10º país mais desigual numa lista com 126 países e territórios. Ele está melhor que Colômbia, Bolívia, Haiti e seis países da África Subsaariana, conforme aponta o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2007).

---

<sup>6</sup> Índice de Gini: indicador de desigualdade de renda que varia de 0 a 1, sendo 0 em uma situação na qual toda a população possuísse uma renda equivalente, e 1 se apenas uma pessoa detivesse toda a riqueza do país (PNUD, 2007).

Ainda segundo o relatório do PNUD (2006 apud PNUD, 2007), o Brasil é o mais desigual do que todos os países com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) superior ao seu. Em apenas oito países os 10% mais ricos da população se apropriam de uma fatia da renda nacional maior que a dos ricos brasileiros. No Brasil, eles abocanham 45,8% da renda, menos que no Chile (47%), Colômbia (46,9), Haiti (47,7), Lesoto (48,3%), Botsuana (56,6%), Suazilândia (50,2%), Namíbia (64,5%) e República Centro-Africana (47,7%).

Segue quadro com alguns indicadores socioeconômicos brasileiros, divulgados em 2006 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD):

**Quadro 01:** Indicadores Socioeconômicos IBGE

Ano	2005	2004	2003	2002
Taxa de analfabetismo	11,05%	11,39%	11,55%	11,84%
Produto Interno Bruto (PIB) Per Capita em reais	*	R\$ 9728,83	R\$ 8798,34	R\$ 7707
Razão de Renda <sup>7</sup> (brancos)	20,58	20,74	22,61	23,40
Razão de Renda (negros)	14,73	15,21	17,02	15,39
Taxa de Desemprego	<b>9,31%</b>	<b>8,90%</b>	9,73%	9,15%
Taxa de Trabalho Infantil	<b>12,03%</b>	<b>11,12%</b>	11,48%	12,66%
Proporção de Pobres	<b>33,43%</b>	<b>31,96%</b>	37,82%	32,98%

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2006

\* Não informado

Quadro elaborado pela autora

Com bases nesses indicadores, percebe-se que do ano de 2004 para 2005, as taxas de trabalho infantil e a de proporção de pobres no Brasil, aumentaram respectivamente, de 11,12% para 12,03% e de 31,96% para 33,43%. A taxa de desemprego, no mesmo período, também aumentou de 8,90% em 2004 para 9,31% em 2005 (IBGE, 2007).

É importante lembrar que, entre os trabalhadores ocupados, persiste uma situação ainda bastante desconfortável no que diz respeito à informalidade e ao grau de desproteção previdenciária.

Segundo informações do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2007), o número de trabalhadores sem carteira assinada em 2004, atingiu 24,7% e aqueles que trabalham por conta própria 20,7%. A proporção de trabalhadores por conta própria,

<sup>7</sup> A razão de renda refere-se ao número de vezes que a renda dos 20% mais ricos, supera a dos 20% mais pobres (IBGE, 2007).

que não contribuem com a previdência, ainda no ano de 2004, chegaram a 82,5% do total.

Esses dados demonstram a vulnerabilidade desses indivíduos e de suas famílias, pois a falta de recursos financeiros compromete a garantia de alimentação, saúde, educação para seus membros, como conseqüência, o aumento também da taxa de trabalho infantil demonstra que as crianças trocam a infância pelo trabalho precocemente para auxiliar no provimento das necessidades da família.

Resta para os indivíduos e famílias, buscar alguma proteção num tipo de recurso conhecido como *Capital Social*.

O capital social é caracterizado por uma composição de elementos (como consciência política dos seus direitos, cooperação solidária entre os indivíduos), que visam promover a atuação individual e coletiva. Esses elementos são encontrados por meio dos movimentos e processos político organizativos da própria sociedade (associações comunitárias e culturais, grupos sindicais, clubes esportivos).

Abramovay e Pinheiro (2003) definem o Capital Social como:

Um tipo particular de recurso que está disponível a indivíduos ou organizações e que facilita a realização de ações coletivas. Os componentes do capital social incluem (1) o contexto onde se operem as obrigações, expectativas e confianças entre os atores, (2) a qualidade aos canais de informações disponíveis e (3) a existência de normas e sanções que visem disciplinar as relações entre os atores. Apesar de não serem as únicas fontes, as redes de engajamento públicas, como: associações comunitárias, clube de esportes, associações culturais e outros tipos de organizações voluntárias ou não; são geralmente caracterizadas como importantes locais para a geração de capital social. Diferentemente do capital físico ou humano, o capital social não é de prioridade de indivíduos ou instituições. Surge das relações entre atores e serve para facilitar as atividades de cooperação entre eles (ABRAMOVAY; PINHEIRO, 2003, p.4).

Todos os cidadãos, portanto, podem estar sujeitos a vulnerabilidades, em determinadas situações ou momento de suas vidas, como acidentes, desempregos, mortes.

Alguns segmentos específicos da sociedade - entre eles crianças, mulheres, idosos, pessoas com deficiência - são considerados especialmente vulneráveis, devido sua



necessidade de apoio da família ou redes de proteção para sua criação, educação, socialização.

As redes se constituem de vínculos entre os membros da família, com outros sujeitos e grupos fora do núcleo familiar imediato. Além das redes primárias e secundárias, também é comum utilizar a expressão de rede para designar os serviços públicos: de saúde, escolas, delegacias de polícia entre outros.

A família extensa – parentes ainda que não coabitantes – os vizinhos, amigos, companheiros de outras associações, constitui uma rede social primária, baseada em ligações afetivas. Uma rede social secundária se constrói ao mesmo tempo, com pessoas também significativas, reunidas a partir de seu agrupamento em organizações tais como clubes, ambientes de trabalho, escolas, entre outras (CAMPOS, 2002, p.1).

Este estudo se deterá a um segmento específico da sociedade, especialmente considerados vulneráveis: os recém-nascidos prematuros.

Esse segmento, além de ser vulnerável pela própria condição de prematuridade, ao mesmo tempo o são, devido à condição de vulnerabilidade das famílias que eles compõem.

## 1.2 VULNERABILIDADE NA PREMATURIDADE

### 1.2.1 Conhecendo o recém-nascido prematuro

O nascimento de um filho geralmente é motivo de alegria para a família que o aguardou por nove meses. Infelizmente essa alegria, muitas vezes, transforma-se em angústia e frustração quando o nascimento da criança é prematuro.

A mãe, já com alta hospitalar precisa deixar o bebê internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neo)<sup>8</sup>, para receber atendimento e cuidados especializados.

---

<sup>8</sup> A UTI Neo é um setor que deve atender os recém-nascidos com assistência humanizada e de qualidade, com equipamentos específicos, recursos humanos especializados e serviço médico e de enfermagem 24 horas.

Cabe ressaltar que, muitas vezes, essas mães sentem-se culpadas pelo fato da criança ter nascido prematura.

O recém-nascido ou neonato é o termo clínico usado em pediatria para designar todas as crianças desde o nascimento até atingirem os 28 dias de vida. A partir dessa data até o fim do 1º ano de vida, a criança passa a ser designada por lactente (WIKIPÉDIA, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como recém-nascido prematuro ou pré-termo (RNPT), todo aquele que nascer de 20 até 37 semanas completas de idade gestacional (IG), e com baixo peso todo aquele que pesa menos de 2500 gramas ao nascer. Os nascidos entre a 38ª e a 42ª semana são os denominados a termo e os que nascem após a 42ª semana, são os pós-termo. No Brasil, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO) compreende que pré-termo é todo aquele que nasce entre a 22ª e 36ª semana e seis dias de idade gestacional.

Ainda segundo a OMS, as gestações interrompidas antes da 20ª semana – tanto espontâneas como provocadas - são consideradas abortamento. Sendo que o peso do embrião ou feto deve ultrapassar 500 gramas.

A IG é o tempo, medido em semanas ou em dias completos, decorridos desde o início da última menstruação da mulher grávida. O primeiro dia do último ciclo menstrual ocorre aproximadamente 2 semanas antes da ovulação e cerca de 3 semanas antes da nidação do blastocisto. Observa-se, assim, uma diferença aproximada de duas semanas entre a idade gestacional e a idade embrionária - considerada a partir da fecundação (WIKIPÉDIA, 2007).

Berkowitz (apud GRILLO, 2005, p.12) lembra que:

Tradicionalmente, a prematuridade era definida em função do peso ao nascimento, sendo considerados prematuros aqueles recém-nascidos (RN) com 2500g ou menos. A partir dos anos 60, observou-se que RNs com menos de 2500g poderiam ser produtos de três situações: do nascimento prematuro propriamente dito; de problemas no crescimento intra-uterino, ou seja, bebês pequenos para idade gestacional; ou de problemas do crescimento associados ao nascimento prematuro. A estimativa da IG pelo peso ao nascimento não será correta em bebês pequenos para a idade gestacional (PIG) ou grandes para a idade gestacional (GIG).

De acordo com Linhares et al. (2000), pela dificuldade de precisão na medida da IG, a prematuridade costuma ser definida pelo peso igual ou menor que 2500 gramas.

---

Uma subdivisão classifica-os em muito baixo peso (quando nascem com peso inferior a 1500 gramas), e extremo baixo peso (menor do que 1000 gramas).

Com os avanços da medicina, tem sido possível a sobrevivência de RNs cada vez menores, com 500 ou 600 gramas – muito embora como se verá a seguir, algumas seqüelas sejam dificilmente evitadas.

Segundo Milanez (2005, p.01), o nascimento prematuro resulta de três condições clínicas distintas: do parto ocasionado primariamente por ruptura precoce da membrana amniótica (RUPREMA); do parto induzido por patologia materna ou fetal; ou ainda do trabalho de parto espontâneo (ou idiopático<sup>9</sup>).

O autor expõe que, o primeiro tipo é responsável por mais ou menos 25% dos prematuros, variando na literatura (de 7,1% a 51,2%). Estudos mostram que esse tipo de parto prematuro está relacionado com alguma infecção materna. Romero et al. (2001, apud MILANEZ, 2005, p.01) verificou essa relação em 32,4% das mulheres com nascimento prematuro por RUPREMA, e que o tratamento eficaz das infecções diminui a incidência de prematuridade em alguns tipos de infecção (pielonefrite), porém não em outras (pneumonia).

O segundo grupo, pelo parto induzido, é sob decisão médica e também incide em torno de 25% dos partos prematuros, com algumas variações. As maiores indicações de interrupção precoce da gestação são por: pré-eclâmpsia<sup>10</sup>; sofrimento fetal agudo; restrição do crescimento intra-uterino e descolamento prematuro da placenta.

O terceiro tipo corresponde por cerca de 50% dos nascimentos prematuros, e está relacionado aos fatores socioeconômicos e estilo de vida maternos.

Mães jovens (< 20 anos), com pouco peso (< 45Kg), aborto prévio e com baixa condição socioeconômica são fatores relacionados ao evento. (MILANEZ, 2005, p.2).

As características físicas de um recém-nascido prematuro são assim definidas segundo o site do Manual Merck (2007): tamanho pequeno; baixo peso ao nascer; veias visíveis sob a pele; pouca gordura sob a pele; pouco cabelo; orelhas finas e moles; cabeça relativamente grande; pouco desenvolvimento do tecido pulmonar; músculos fracos e atividade física reduzida; poucos reflexos de sucção e deglutição; respiração

---

<sup>9</sup> Idiopatia refere-se à doença que não é conseqüência de outra (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1995, p.793).

<sup>10</sup> Pré-Eclâmpsia: Também conhecida como Toxemia. Quando é acrescida de convulsão e coma, constitui-se a eclâmpsia. É caracterizada por hipertensão (alta tensão arterial), edema (retenção de líquidos), e proteinúria (presença de proteína na urina). Manifesta-se na segunda metade da gravidez (após a 20ª semana de gestação) (GUÍA DA GRAVIDEZ, 2007).

irregular; nos meninos, escroto pequeno com poucas pregas e, nas meninas, os lábios grandes ainda não cobrem os lábios pequenos.

Os fatores que estão associados à prematuridade, de maneira geral, ainda são desconhecidos. Vários estudos foram feitos no sentido de identificá-los. Esses estudos mostram que, além de fatores biológicos, o nível socioeconômico é patente nas populações estudadas, definido em bases educacionais ou financeiras.

Excesso de trabalho, cuidado pré-natal inadequado, uma nutrição deficiente ou uma doença ou infecção não tratadas durante a gravidez também aparecem como fatores que expõe a mulher a um elevado risco de parto prematuro.

Grillo (2005, p.47), num estudo sobre possíveis causas do nascimento prematuro no Hospital Universitário da UFSC, ocorridos espontaneamente (excluiu-se aqueles por indicação médica, como ocorre, por exemplo, na pré-eclâmpsia ou no sofrimento fetal), identificou que:

Das variáveis de exposição estudadas, cinco estiveram associadas a claro aumento das chances de nascimento prematuro espontâneo com menos de 37, de 35 e de 32 semanas de IG. Foram elas: idade materna menor que 20 anos, nível de instrução secundário não alcançado, IMC de menos de 20kg/m<sup>2</sup>, tabagismo e baixo peso do RN para a IG. A análise multivariada mostrou que estas variáveis atuaram de forma independente das outras variáveis incluídas na regressão logística.

Milanez (2005), em seu estudo também sobre fatores de risco associados ao nascimento prematuro no HU-UFSC em 2004, concluiu que, primiparidade (primeiro parto), baixa renda familiar, intercorrências e hospitalização na gestação atual, podem ser considerados fatores de risco na população estudada:

O grupo de prematuros mostrou-se mais prevalente entre as mães adolescentes, brancas, com menor escolaridade, menos atividade profissional fora do lar, menor peso e estatura maternos, menor realização de pré-natal e mais tabagismo, etilismo e história prévia de prematuridade quando comparado ao grupo controle. Obtiveram significância estatística: ser primípara (OR = 2,26), possuir baixa renda familiar ( $p < 0,05$ ), sofrer intercorrências na gestação atual (OR = 2,33) e ser hospitalizada durante a gestação atual (OR = 3,35) (MILANEZ, 2005, p.vi).

Seguem quadros que ilustram a pesquisa de Milanez (2005), realizada com numa amostra de 60 nascimentos prematuros no HU-UFSC, no período de janeiro a julho de 2004.

**Quadro 02:** Fatores de risco sociodemográficos e comparação desses percentuais entre os grupos de casos (prematuros) e controle (não prematuros) no HU-UFSC em 2004.

Fator de risco	RN Pré-termo n = 60		RN Termo n = 60		Odds Ratio
	n	%	n	%	
<b>Idade</b>					
< 20	14	23,30	10	16,70	NS
20 - 34	41	68,40	42	70	NS
≥ 35	05	8,30	08	13,30	NS
<b>Raça</b>					
Branca	44	73,30	34	56,70	NS
Não- branca	16	26,70	26	43,30	NS
<b>Escolaridade</b>					
< 8 anos	25	41,70	20	40	NS
≥ 8	35	58,30	33,30	66,70	NS
<b>Estado Civil</b>					
Sem companheiro	06	10	06	10	NS
Com companheiro	54	90	54	90	NS
<b>Atividade Profissional</b>					
Sim	24	40	33	55	NS

Fonte: Fatores de risco maternos para o nascimento prematuro no HU-UFSC em 2004 (MILANEZ, 2005, p.9).

NS = valor de Odds Ratio não significativo. A variável não inferiu risco ao nascimento prematuro.

Estado civil: analisado como “com” ou “sem menção de companheiro”.

Atividade profissional = Atividade profissional fora do lar.

**Quadro 03:** Distribuição da média da renda familiar nos três subgrupos de nascimento prematuro e no grupo controle no HU-UFSC em 2004.

Renda Familiar	RUPREMA n = 24	Induzido n = 18	Espontâneo n = 18	RN Termo n = 60
Média	779,16	936,44	663,33	1.158,00
Desvio Padrão	469,25	434,53	499,45	1.158,00

Fonte: Fatores de risco maternos para o nascimento prematuro no HU-UFSC em 2004 (MILANEZ, 2005, p.12).

**Quadro 04:** Distribuição numérica e percentual dos fatores de risco clínicos e comparação desses percentuais entre os grupos de casos (prematurados) e controle (não prematurados) no HU-UFSC em 2004.

Fator de risco	RN Pré-termo n = 60		RN Termo n = 60		Odds Ratio (IC)
	n	%	n	%	
<b>Altura</b>					
< 150 cm	03	5	2	3,30	NS
≥ 150 cm	57	95	58	96,70	NS
<b>Peso</b>					
< 45 Kg	04	6,70	2	3,30	NS
≥ 45 Kg	56	93,30	58	96,70	NS
<b>Paridade</b>					
Primípara	34	56,70	22	36,70	<b>2,26(1,02-2,03)</b>
Múltipara	26	43,30	38	63,30	
<b>RNPT prévio</b>	07	11,70	04	6,70	NS
<b>Intercorrência</b>	42	70	30	50	<b>2,33(1,03-5,30)</b>
<b>Hosp. atual</b>	14	23,30	05	8,30	<b>3,35(1,0211,61)</b>
<b>Pré-natal</b>	57	95,0	60	100	NS
<b>Tabagismo</b>	21	35,0	14	23,30	NS
<b>Etilismo</b>	06	10	03	5	NS

Fonte: Fatores de risco maternos para o nascimento prematuro no HU-UFSC em 2004 (MILANEZ, 2005, p.10).

NS = valor de Odds Ratio não significativo. IC = Intervalo de confiança do Odds Ratio.

RNPT prévio = história pregressa de nascimento prematuro.

Intercorrência: presença de qualquer intercorrência durante a gestação atual (vaginose, infecções, etc).

Hospitalização atual: presença de hospitalização durante o curso da gestação atual.

### 1.2.2 Por que um RN prematuro é particularmente vulnerável?

De acordo com Milanez (2005, p.02), a incidência mundial de prematuridade varia de países desenvolvidos para os subdesenvolvidos.

Nos primeiros, o índice varia entre 05 a 07%, e nos segundos, de 10 a 15%. Essas taxas, porém, têm apresentado tendência a aumentar.

Conforme informação do site do Ministério da Saúde (2007) nasce anualmente 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso, porém, um terço delas morre antes de completar um ano de vida. O nascimento prematuro é, portanto, uma importante

causa de mortalidade perinatal<sup>11</sup> tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento como o Brasil.

Alguns dos órgãos internos do prematuro podem não ter se desenvolvido completamente, o que o expõe a um risco maior de sofrer determinadas doenças.

A morbidade<sup>12</sup> associada à prematuridade, tem sido, por tanto, referida como muito alta, sendo a paralisia cerebral, deficiência mental, epilepsia, problemas respiratórios crônicos e problemas visuais, algumas das seqüelas às quais os prematuros sobreviventes estão potencialmente expostos.

A apnéia do prematuro é uma doença na qual o recém-nascido deixa de respirar transitoriamente e costuma definir-se como uma interrupção da respiração de 15 a 20 segundos (MANUAL MERCK, 2007).

Além de pulmões imaturos, considera-se que a causa é a prematuridade da parte do cérebro que controla a respiração (o centro respiratório). É possível utilizar medicamentos que estimulem o centro respiratório do cérebro para reduzir a frequência da apnéia, como aminofilina, cafeína, doxapram, ou ainda com o uso de respiradores mecânicos.

O desenvolvimento prematuro do cérebro também impede a sucção e deglutição do bebê, na UTI-Neo eles são alimentados inicialmente por via endovenosa, e posteriormente através de um tubo que chega ao estômago (sonda endogástrica), até serem capazes de tomar o leite do peito da mãe.

Um cérebro muito imaturo é vulnerável a hemorragias ou a lesões se o fornecimento de oxigênio ou de sangue for interrompido. Porém, mesmo quando existe hemorragia cerebral, a maioria dos bebês se desenvolve normalmente, a menos que apresentem uma lesão cerebral grave.

A hipoglicemia ocorre com frequência entre os prematuros, é uma concentração anormalmente baixa de açúcar (glicose) no sangue. Habitualmente produz-se quando a criança tem poucas reservas de glicose (armazenada como glicogênio) ao nascer.

Pode ocorrer em qualquer momento durante os primeiros dias, sobretudo se as horas de se alimentar são muito espaçadas ou se a quantidade de nutrientes é insuficiente. O

---

<sup>11</sup> Mortalidade perinatal é o número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nascidos vivos com menos de sete dias de idade (WIKIPEDIA, 2007).

<sup>12</sup> Em epidemiologia, morbidade ou morbilidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação ao números de habitantes sãos, em determinado local em determinado momento (WIKIPEDIA, 2007).

tratamento é feito com glicose, administrada por via oral ou endovenosa, dependendo da gravidade do problema (MANUAL MERCK, 2007).

A Retinopatia da Prematuridade (ROP) é uma doença na qual os vasos sanguíneos que se encontram na retina se desenvolvem anormalmente nas crianças prematuras; estes vasos sanguíneos podem sangrar e, nos casos mais graves, a retina pode desprender-se, causando a perda da visão. Ocorre normalmente como uma consequência de elevados níveis de oxigênio no sangue (MANUAL MERCK, 2007).

Segundo artigo publicado pela Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo (SMS-PMSP, [2003?])<sup>13</sup> foi diagnosticada pela primeira vez em 1942. O baixo peso de nascimento e a prematuridade são, juntamente com o uso do oxigênio terapêutico administrado durante o período de permanência do RN na UTI-Neo, os únicos fatores consistentemente associados ao surgimento da ROP.

A Organização Mundial da Saúde classifica a cegueira por ROP como uma doença que pode ser prevenida, dependendo de diagnóstico e tratamento precoces. Embora sua incidência e gravidade venha sendo reduzidas nos países desenvolvidos ao longo das últimas décadas (até 12,5% das crianças nascidas com 23 a 26 semanas de gestação), o mesmo não acontece nos países em desenvolvimento onde ela tem permanecido crescente.

Avaliado por oftalmologista com experiência em retina, o primeiro exame acontece entre quatro a seis semanas de vida. O RN deve ter a retina examinada pelo menos duas vezes por oftalmoscopia indireta binocular para detectar ROP, os exames seguintes são determinados pelo oftalmologista de acordo com os achados do primeiro exame (SMS-PMSP).

A longo prazo, o RN com ROP tem um risco aumentado de miopia, estrabismo, ambliopia, astigmatismo, glaucoma, hemorragia vítrea, descolamento de retina. O tratamento é feito com Crioterapia<sup>14</sup> e laser, visando impedir o descolamento da retina e a consequente perda da visão.

Quanto menor é a idade gestacional de um prematuro, vê-se, que maior será a probabilidade de complicações que podem ocasionar a morte ou consequências no seu desenvolvimento psico-motor, intelectual e emocional no futuro.

---

<sup>13</sup> Provável data. Embora não conste data no artigo, a referida data é tida como provável, uma vez que o mesmo constitui uma sequência de artigos publicados pela Secretaria no referido ano.

<sup>14</sup> O termo Crioterapia é usado para definir diversas técnicas e procedimentos na medicina. O uso mais geral da definição é o uso local ou geral de baixas temperaturas na terapia médica (WIKIPEDIA, 2007). No caso do tratamento por ROP, faz-se o congelamento das porções periféricas da retina, impedindo seu descolamento e a consequente perda da visão.



Embora os avanços na assistência tenham se esforçado em proporcionar maior qualidade de vida à sobrevivência desses prematuros de até 500g ou 600g, como vem acontecendo, estudos mostram que várias são as seqüelas que permanecem em suas vidas.

Grillo (2005, p.9) em seus estudos, aponta que:

Os avanços em neonatologia, como respiradores modernos, antibióticos potentes e surfactante<sup>15</sup>, têm aumentado a chance de sobrevivência entre bebês cada vez mais prematuros. No entanto, a frequência das seqüelas associadas a prematuridade não tem mostrado redução ao longo da vida destas crianças, especialmente naquelas de extremo baixo peso ao nascer (<1000kg). Os custos econômicos, humano e social da prematuridade são altos. Os gastos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e depois ao longo da vida, para famílias e sociedade, também são grandes.

Novello (apud CARVALHO et al. 2001, p.2) confirma a vulnerabilidade desses prematuros extremos:

As crianças de baixo peso ao nascimento, têm de sete a dez vezes mais riscos do que as crianças normais para desenvolver problemas graves tais como: paralisia cerebral, cegueira, surdez e deficiência mental. Além disso, apresentam de duas a três vezes mais probabilidade de apresentar desempenho escolar comprometido e ter problemas de doenças crônicas.

E acrescenta que, quando a variável peso de nascimento foi combinada com a variável ambiental pobreza, foi observado um aumento considerável da condição de risco.

Carvalho et al. (2001) em seus estudos, salientam que tanto o suporte socioemocional (aceitação e atenção dos pais), quanto à estimulação cognitiva dentro do ambiente familiar, como envolvimento no processo de aprendizagem da criança, estão associados com melhores resultados no crescimento e desenvolvimento das crianças.

Percebe-se dessa forma, que para os recém-nascidos prematuros (RNPT), além do baixo peso ao nascer e vulneráveis biologicamente, os riscos originados no processo

---

<sup>15</sup> Surfactante é uma substância produzida nos pulmões, que reduz a tensão superficial, fazendo com que os sacos aéreos permaneçam abertos após encherem-se de ar. Nos RNPT, essa substância é produzida de forma insuficiente, e faz com que os mesmos sofram da Síndrome da Angústia Respiratória. Para reverter esse processo o tratamento é feito com oxigenação, com a ajuda de respiradores mecânicos e com surfactantes industrializados (MANUAL MERK, 2007).

terapêutico em unidades de cuidado intensivo neonatal, a utilização de procedimentos de alta complexidade e o período de internação prolongado, tornam essas crianças mais suscetíveis às infecções e a outras enfermidades.

Salienta-se também que essas situações elevam ainda mais os custos sociais e emocionais da família, pois envolve além de muito sofrimento humano, empenho e dedicação no cuidados dessas crianças.

Muitos são os cuidados que exigem pais responsáveis, no que se refere à alimentação, estimulação, rigorosidade nas consultas ao Posto de Saúde ou aos hospitais. Várias são as consultas de rotina e de acompanhamento até os dois anos de idade em médicos especialistas, que atendem em hospitais de média e alta complexidade, geralmente em grandes centros urbanos, o que faz com que essas famílias precisem se deslocar de seus municípios de origem quando são do interior do Estado. Várias também deverão ser as estimulações a essa criança, para que seu desenvolvimento psicossocial não seja comprometido.

Assim, a prematuridade e o baixo peso ao nascer são considerados um problema de saúde pública, que exige modificações na dinâmica familiar e amparo por parte do Estado, por meio de políticas públicas de saúde e assistência eficientes no que se refere à garantia de acesso dessas famílias a elas (existência de profissionais capacitados, de programas, de aparelhos e medicamentos, de orientação aos pais, de recursos emergenciais, de suporte psicossocial).

Justamente nessa rede de proteção ao recém-nascido prematuro - composta primeiramente e fundamentalmente pela família, devidamente amparada pelos serviços Estatais - é que se insere o profissional do Serviço Social como profissional que busca socializar informações, conhecer a realidade dessas famílias e proporcionar condições para essa proteção, garantindo e ampliando os direitos da criança e indivíduos, como se discutirá na seção a seguir.

## **2 O PAPEL DA FAMÍLIA E DO ESTADO NA PROTEÇÃO SOCIAL À PREMATURIDADE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE GARANTINDO OS DIREITOS AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE**

Esta seção tem como objetivo, apresentar as formas de proteção com as quais o recém-nascido prematuro possivelmente será amparado, e como o Serviço Social contribui para minimizar suas vulnerabilidades.

Nesse sentido, apresentam-se algumas questões para discussão.

Na esfera privada, de forma direta o RN contará com a “proteção da família”. Para tanto será necessário discutir o significado desse conceito. O que se entende por família e quais são os atuais arranjos familiares? A criança sempre mereceu atenção especial no interior da família? Quais são as funções dela no cuidado de um RN prematuro? Como ela se organiza para efetivar a proteção desse RN?

Salienta-se que a proteção à família e à criança é tida como prioridade na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Política Nacional de Assistência Social, que tem a matricialidade sociofamiliar como foco das ações. A família reconhecida como *locus* de proteção dos sujeitos tem direito à proteção estatal, e as crianças entendidas como pessoas em desenvolvimento, prioridade nas políticas sociais e com direito a conviverem num ambiente familiar sadio, também sob responsabilidade estatal e social.

Tratar-se-á do Estado, como segunda instância de proteção, na esfera pública. De que forma ele protege as famílias e especialmente os RNs prematuros? O que são as políticas públicas materno-infantis? A proteção dispensada pelo Estado tem minimizado as vulnerabilidades sociais das famílias e dos RNs prematuros?

Ao final, se abordará sobre a inserção do Serviço Social na área da saúde no Brasil, e como ele pode contribuir para a garantia do direito à saúde.

## 2.1 A FAMÍLIA COMO PRIMEIRA E PRINCIPAL INSTÂNCIA DE PROTEÇÃO À PREMATURIDADE

### 2.1.1 Concepção e definição do conceito de família

Uma conceituação única do termo família, nunca foi nem será tarefa fácil, visto que ela possui além de uma determinação biológica, um condicionamento histórico e cultural.

Embora ela consista num fenômeno universal, por estar presente em todas as civilizações, sua forma não é única, diferindo de acordo com cada cultura e subjetividade dos seus membros.

Ela também não se constitui de uma unidade estática, mas sofre modificações e adaptações para se manter viva ao longo do tempo e das diversas transformações societárias.

As mudanças que ocorrem no mundo afetam a dinâmica familiar como um todo e, de forma particular, cada família conforme sua composição, história e pertencimento social.

No interior dela são refletidas as transformações da sociedade mais ampla, portanto, a família tal como conhecemos hoje, é uma construção condicionada pela história.

Quanto ao estudo científico sobre a família, Lima (2006, p.18) registra que:

O interesse pela compreensão científica da família também foi sendo construído, a partir do século XIX, especialmente com o desenvolvimento das ciências humanas e sociais vinculadas às grandes correntes do funcionalismo e do marxismo. Porém, foi a partir da segunda metade do século XX – década de 1950, especificamente - que os estudos sobre ela, na vertente do pensamento funcionalista norte-americano, ganharam força com vistas à elaboração de “modelos” que a retratassem. É a partir desta década que as pesquisas sobre família aparecem com mais frequência, ainda que de forma descontínua e lenta.

Segundo Maciel (2002, p.123) a família é uma instituição social que independente das variantes de desenhos e formatações da atualidade, “se constitui num canal de

iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais”, bem como em uma unidade de “renda e consumo”.

A compreensão de família utilizada por Szymanski (2002, p.9) é de uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo e, se houver, com crianças, adolescentes e adultos.

Mioto (2000, p.217) define a família como:

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo, mais ou menos longo, e se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. É marcado por relações de gênero e, ou de gerações, e está dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

Como se percebe, os autores possuem diferentes concepções nas definições do que seria uma família, quanto à sua configuração e organização.

Embora esses arranjos sejam diversos, a família permanece e não se diverge quanto à importância do seu papel nas relações sociais: de matriz da identidade social.

É na família que vidas nascem e precisam ser cuidadas, protegidas, educadas, é nela que “aprendemos a ser e a conviver”, conecta gêneros e gerações, media continuamente os deslocamentos dos limites entre o público e privado (MIOTO, 2000).

É no interior dela, portanto, que o recém-nascido prematuro terá a primeira proteção, nela ele será cuidado, protegido, socializado. Porém, como se verá, não foram em todos os momentos históricos que a infância, e conseqüentemente a prematuridade, tiveram seu lugar de destaque, ou foram dignos de atenção especial no interior das famílias.

### **2.1.2 Trajetória histórica da família até a contemporaneidade**

Segundo Engels (1980 apud ROSSAS, 2006, p.20) a família em épocas primitivas, baseava-se no relacionamento grupal, cada mulher pertencia igualmente a todos os homens e cada homem a todas as mulheres.

Esse modelo é denominado poligâmico<sup>16</sup>.

No matrimônio por grupos, não havia como identificar quem era o genitor da criança, portanto, a descendência era estabelecida pela linhagem materna. Também pelo fato da posição da mulher ser bastante valorizada, essa forma de organização pode ser classificada como matriarcal.

Havia nesta época o livre relacionamento entre pais e filhos, e irmãos e irmãs, uma vez que ainda não existiam as restrições no intercuro sexual.

De forma gradativa, ocorreram evoluções no interior da família, primeiramente com a exclusão de relações sexuais entre pais e filhos, e posteriormente entre os irmãos.

Num estágio intermediário seguiu-se o regime de matrimônio através de união por pares, de duração mais ou menos longa, onde o homem tinha uma mulher principal dentre suas numerosas esposas, sendo para ela seu esposo principal dentre os outros (ROSSAS, 2006, p.21).

Com o surgimento da propriedade privada, a figura do pai passou a ser reconhecida, uma vez que o homem passou a ser valorizado de forma intensa, devido a criação de animais, ao cultivo da terra, não somente dos seus, mas dos bens (animais e terras) das tribos vencidas.

Dessa forma, pois as riquezas, à medida que iam aumentando, davam, por um lado, ao homem uma posição mais importante que a da mulher na família e por outro lado, faziam com que nascesse nele a idéia de valer-se desta vantagem para modificar, em proveito de seu filho, a ordem de herança estabelecida. Mas isso não se poderia fazer enquanto permanecesse vigente a filiação segundo o direito materno (ENGELS, 1980 apud ROSSAS, 2006, p.21).

Observa-se, portanto, que o advento da propriedade privada tornou o homem detentor de muitos privilégios, e com isso, se deu a passagem do modelo matriarcal para o patriarcal, concedendo ao marido ou pai o monopólio do patrimônio e a descendência dos filhos.

Posteriormente, a estrutura familiar, agora patriarcal passa a ser também monogâmica:

---

<sup>16</sup> Poligamia (opõe-se à monogamia). “Do grego muitos matrimônios. [...] Nos humanos, a poligamia é um tipo de relacionamento amoroso e sexual entre mais de duas pessoas, por um período significativo de tempo ou por toda a vida. É permitida por algumas religiões e pela legislação de determinados países” (WIKIPEDIA, 2007).

A evolução familiar teve seu apogeu na formação da família monogâmica, fruto da união de um só homem com uma só mulher, cujo matrimônio tinha maior solidez nos laços conjugais. Porém, a monogamia foi o resultado da opressão do homem sobre a mulher para assegurar a fidelidade desta para determinar com exatidão a paternidade dos filhos [...] Havendo assim, garantia de transmissão dos bens de seu pai aos filhos (ROSSAS, 2006, p.21).

Poster (apud REIS, 2001, p.105) expõe quatro modelos de família monogâmica: a família aristocrática/patriarcal e a camponesa da Idade Média, e a família proletária e a nuclear burguesa da Idade Moderna.

A família *aristocrática* do século XVI vivia em castelos, juntamente com a família, moravam os parentes, criados e agregados. O casamento era primeiramente um ato político, do qual dependia a manutenção das propriedades familiares.

Não havia cuidados fraternos entre pais e filhos, as crianças eram amamentadas por amas-de-leite e entregues aos cuidados dos criados.

Na família *camponesa*, os acontecimentos familiares eram vivenciados por todos da aldeia. O cuidado com as crianças era dividido entre a mãe e os parentes, e era comum a criança camponesa, assim como a aristocrática, passar por um período de aprendizagem em casa de outras famílias.

As crianças aprendiam desde pequenas a depender principalmente da comunidade e a obedecer a normas sociais, às vezes à custa de punições.

Tanto na família aristocrática, como na camponesa, havia altos índices de natalidade e de mortalidade infantil, devido às péssimas condições sanitárias e cuidados inexistentes com a higiene. Em ambas, a privacidade e a domesticidade familiar não eram valorizadas e a preocupação com os cuidados das crianças, não era tarefa exclusiva dos pais.

Já a família dita *proletária*, teve sua origem no período inicial da industrialização (no início do século XIX), tinha intensa jornada de trabalho e as crianças também iam para as fábricas. As condições sanitárias ainda eram péssimas e também era elevado o índice de mortalidade infantil.

No início do século, os filhos eram criados de maneira informal e com ajuda de parentes; posteriormente, na segunda metade do século, a mulher passou a ficar mais tempo em casa com os filhos. No terceiro estágio, já no século XX, ocorre a mudança da família operária para os subúrbios. Rompem-se os vínculos com a comunidade, os

homens passam a valorizar a domesticidade e a privacidade e a mulher passa a ser o alicerce moral familiar e social.

A partir de então, há uma necessidade de intimidade e identidade, os membros da família se unem pelo sentimento e pelo costume, a educação e o futuro dos filhos passam a ser prioridade da família.

A família *burguesa*, nascida na Europa em meados do século XVIII, rompeu com os modelos familiares vigentes até então e criou novos padrões de relações familiares. Esses novos padrões se caracterizavam antes de tudo, pelo fechamento da família em si mesma. Esse isolamento marcou uma clara separação entre residência e trabalho, ou seja, entre a vida pública e a privada.

Na família nuclear burguesa, cada uma passou a morar na sua casa, o lar passou a ser o espaço exclusivo da vida emocional dos membros da família. O casamento burguês passa a ser o principal motivo para aumentar as fortunas e educar os filhos.

Percebe-se que somente a partir de então, a preocupação com a educação, afeto, cuidado com as crianças passa a ser prioridade da família.

O decréscimo da taxa de mortalidade infantil, ocorre graças aos cuidados com a higiene, com a limpeza da casa e a valorização do aleitamento materno.

A família nuclear moderna surge como modelo hegemônico “ideal”, pois, o que mais predomina no imaginário coletivo da sociedade é a idéia de uma família perfeita: seguidora das tradições, composta de mãe, pai e filhos, coexistindo por laços de aliança e consangüinidade, vivendo numa casa harmoniosa e destinada a ser feliz para toda vida.

As principais características são: a união do casal mediante o ritual do casamento civil e religioso; a procriação constitui-se em um dos objetivos desse modelo familiar; o homem tem a função de provedor e autoridade da família e a mulher, cabe a educação dos filhos e das tarefas domésticas; existe reciprocidade de amor afetivo entre pais e filhos.

Quanto à família na contemporaneidade, percebe-se que desde a década de 80, em decorrência das transformações societárias ocidentais, o modelo de família concebida como nuclear burguesa vem cedendo espaço para novos arranjos familiares.



Como comenta LIMA (2006), com a legalização do divórcio aumenta o número de separações, e, conseqüentemente, de uniões ditas “consensuais”, famílias reconstituídas<sup>17</sup>, unipessoais<sup>18</sup>, e monoparentais<sup>19</sup> - especialmente com chefia feminina.

O acesso aos meios contraceptivos resultou na diminuição do número de filhos, e conseqüentemente têm-se famílias menores; ter ou não filhos passa também a ser uma opção.

Também em decorrência da liberação sexual sem o vínculo do casamento, e o avanço tecnológico e científico, entre as camadas mais instruídas houve retardamento na idade em ter o primeiro filho; porém nos setores mais pobres e com menos instrução, percebe-se o aumento da gravidez na adolescência (LIMA, 2006, p.25).

Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2006) e IBGE (2007) a família no Brasil teve as seguintes mudanças:

- Redução do número de pessoas: de 3,9 em 2000 para 3,5 em 2007. o número de famílias com 5 ou mais pessoas caiu de 22,2% em 2005 para 21,5% em 2006.
- A taxa de fecundidade caiu de 2005 para 2006 de 2,1 para 2,0 filhos.
- Famílias unipessoais: crescimento de 10,8% em 2005 para 11,1% em 2006.
- Casais sem filhos: 15% dos casais registrados no país não têm filhos. Cinquenta anos antes, eram apenas 5%.
- Famílias chefiadas por mulheres: aumento de 5,54%. Em 2005 era de 30,6% e passou para 31,4% em 2006.
- Famílias monoparentais: compõem mais de 25%.
- Há predomínio da família nuclear e mais de 50% das famílias brasileiras vivem em outros tipos de arranjo familiar.

---

<sup>17</sup> Família reconstituída significa a convivência conjugal entre pessoas que possuem filhos não comuns a que se juntam freqüentemente filhos comuns, ou seja, o processo de reconstituição familiar, significa “trazer para o interior de uma nova união filhos de uma outra conjugalidade, entretanto dissolvida” (FERREIRA, 2003 apud LIMA, 2006, p.27).

<sup>18</sup> Pessoas que moram sozinhas, ou ainda pessoas que partilham um mesmo ambiente doméstico, porém, não tem uma dependência entre si.

<sup>19</sup> Constituídas de mães ou pais que vivem sem cônjuge e com filhos dependentes (crianças, adolescentes ou adultos, jovens solteiros).

### 2.1.3 A família brasileira e a proteção à infância

No Brasil colonial (1500-1822) e imperial (1822-1889) o modelo familiar predominante, foi o patriarcal, adaptado da família portuguesa européia.

A família patriarcal caracterizou-se pela existência do patriarca, identificado pela origem paterna e tendo o direito prioritário sobre o filho e a esposa. O controle da família era centrado no chefe, o qual controlava e mantinha a supremacia sobre todos que residiam em sua casa. Este determinava inclusive o grau de instrução, a profissão, as escolhas afetivas e sexuais de seus dependentes, a quem cabia o papel de obedecer sem relutar (ROSSAS, 2006, p.27).

O casamento estava intimamente ligado às questões de status, eram freqüentes as uniões com fortes matizes incestuosas, primos entre si, tios e sobrinhos, na tentativa de aumentar os privilégios e o poder.

O modelo patriarcal de família vigorou até a chegada da família real no Brasil, em 1808. A partir daí, com a fundação do Banco do Brasil, a urbanização do Rio de Janeiro, onde a corte se instalou, com valorização da educação e da cultura, os hábitos rudes da colônia foram substituídos por condutas aristocráticas e nobres que assimilavam o modo de vida europeu (ROSSAS, 2006, p.29).

No Brasil colonial, de forma paralela, existiam as famílias dos escravos e as de seus senhores.

As crianças escravas dificilmente conheciam seus pais, resumia-se a mãe e filhos. Eram eminentemente de cunho matriarcal, pois os senhores de engenho preferiam adquirir escravos homens, ficando assim, as crianças sob a responsabilidade de suas mães. Cabe lembrar que devido ao tráfico, a família escrava chegava totalmente fragmentada.

Na família escrava, vários eram os abortos por maus tratos sofridos durante a gravidez, e a mortalidade infantil era elevada devido às péssimas condições do cativeiro. Infanticídios eram praticados pelas escravas como forma de livrar os filhos da escravidão e por que muitas vezes as mães nutrizes eram vendidas ou alugadas como amas-de-leite (LEITE, 1997).

A criança recém-nascida de família escrava era amarrada por um pano largo nas costas da mãe escrava, de modo que, o RN ficava aconchegado ao calor do corpo da

mãe e os braços da mesma ficavam livres para o trabalho. Posteriormente, ainda pequeninos, eram entregues aos cuidados de negras velhas ou meninos de seis anos, pois a mãe voltava aos trabalhos da lavoura (LEITE, 1997).

O pobre pequeno conserva-se assim, todo o dia abalado pelos movimentos da mãe, com o nariz pregado nas costas desta, e, quando dorme, não tendo a cabeça nenhum ponto de apoio, rola constantemente. Alguns molequinhos de três a quatro anos voltavam com a sua ração de feijão que os frágeis estômagos mal podiam digerir: por isso quase todos tinham grandes barrigas, cabeças enormes, pernas e braços delgados, todos os indícios enfim de raquitismo (TOUSSAINT-SANSON, 1851, apud LEITE, 1997, p.34).

A partir de sete anos a criança escrava entrava para o mundo do trabalho como aprendiz, e com doze já constituía plenamente como força de trabalho escrava.

Em sua minoridade as crianças escravas serviam como brinquedo dos filhos dos senhores (a quem inclusive eram doadas como presentes) e divertimento das visitas, ou seja, eram consideradas animaizinhos de estimação [...] além de humilhações, sofriam maus tratos e mesmo exploração sexual (NEVES, 1992 apud FALEIROS, 1995, p.224).

As famílias brasileiras eram numerosas, as mulheres tinham muitos filhos. Mesmo nas famílias dos senhores, a criança não era objeto de atenção especial dos adultos nem das mães, as casas não tinham quartos específicos para elas, que perambulavam pela casa junto com os adultos e criados.

Quando dos nascimentos, escritos da época revelam que logo após o parto, os parentes se apossavam do recém-nascido e se revezavam perto dele, dia e noite, até o dia do batismo, a fim de preservá-lo, das bruxas ou feiticeiras que se transformam em mariposas ou morcegos e, fazendo-se invisíveis, sugam o sangue da criança pagã (DEBRET, 1816 apud LEITE, 1997, p.30-31).

De forma precoce as crianças já eram consideradas adultas, usavam as roupas iguais a dos adultos “a menor menina usa colares e pulseiras e meninos de 8 anos fumam cigarros” (EDGE CUMBE, 1886 apud LEITE, 1997, p.39).

A taxa de mortalidade infantil era elevada mesmo nas famílias que se destacavam pelo cuidados hábeis e ternos. Muitos morriam devido à maneiras impróprias e negligência no modo como eram tratadas.

Vários eram os recém-nascidos pobres, escravos, ilegítimos, deixados nas portas das igrejas, conventos e Santas Casas de Misericórdia<sup>20</sup> dos principais centros urbanos, muitas delas, freqüentemente eram devoradas por animais, ou morriam de fome e frio antes de serem recolhidas.

Os recém-nascidos da classe distinta, raramente era amamentado pela própria mãe, este cuidado era incumbido às amas-de-leite.

As amas-de-leite não eram consideradas escravas, mas pertencentes da família. Eram mulatas ou pretas, pertencentes aos senhores ricos, que as alugava posteriormente por valores maiores que uma cozinheira ou engomadeira, a elas eram reservados os trabalhos mais leves.

A prática da amamentação por amas-de-leite no Brasil, só findou a partir da década de 1920, quando da insistência dos médicos higienistas quanto ao controle das doenças, e da implantação de inspeção das amas-de-leite e das escolas.

Relacionando essa prática com a elevada taxa de mortalidade infantil, procuraram persuadir a mulher que sua vocação natural era a maternidade, a procriação e a socialização dos filhos.

A partir daí o sentimento materno pela criança foi estimulado pela sociedade, e as famílias passaram a ser o lócus da sua proteção desde o nascimento. Posteriormente o Estado passou a intervir como co-responsável nessa proteção por meio de políticas públicas específicas para a infância.

#### **2.1.4 A organização das famílias no enfrentamento das vulnerabilidades sociais do recém-nascido prematuro**

Num contexto socioeconômico adverso, todas as famílias podem estar em algum momento vulneráveis. Nas famílias pobres, essa vulnerabilidade é maior, devido à presença de um maior número de carências econômicas. Na ocorrência de um

---

<sup>20</sup> A Santa Casa de Misericórdia foi fundada em Lisboa em 1489, inscrita no quadro geral da assistência à pobreza urbana, promovida por irmandades de Caridade e leigos, instituição então existente na Europa, tendo o modelo italiano inspirado o português. No Brasil, a Misericórdia do Rio funcionava em 1582, ao fim do século XVI já havia também em São Paulo e Porto Seguro (WOOD, 1981 apud FALEIROS, 1995, p.227-228).

nascimento prematuro, portanto, será nestas famílias que a vulnerabilidade social do prematuro geralmente será maior.

Compreender essas famílias, sua dinâmica, recursos disponíveis é o primeiro passo para um atendimento efetivo no contexto da prematuridade.

Lima (2006, p.29), destaca três referenciais distintos utilizados nas diferentes definições de família: o espaço doméstico de convivência familiar; pela pessoa de referência ou responsável pelo grupo familiar e pela rede de relações familiares.

A concepção de família como *agregado doméstico* ou arranjo familiar, vai além dos laços de sangue ou parentesco, tem como base a co-residência, ou seja, pessoas que tem uma convivência comum em um mesmo espaço habitacional, que pode ser chamado de casa (LIMA, 2006, p.29).

A solidariedade é componente intrínseco das relações entre os agregados domésticos, uma vez que o que une os membros são laços de afinidade, de trabalho, de aliança.

Na definição de família pela *pessoa de referência* ou responsável pelo grupo familiar, a família se define pelas relações estabelecidas entre as pessoas que compõe o domicílio com o principal responsável pelo grupo familiar. A noção de responsabilidade no domicílio doméstico encontra-se relacionada à provisão econômica e/ou a manutenção desse espaço físico e aos cuidados com os seus habitantes (LIMA, 2006, p.33).

A concepção de família pelo terceiro referencial, de *rede de relações familiares*, a base são as relações que os indivíduos mantêm entre si, sem necessariamente conviverem num espaço habitacional comum. Defensora dessa concepção, Fonseca (2000 apud LIMA, 2006, p.35) justifica:

Uma família pode sofrer alterações em sua estrutura de acordo com a entrada e saída de seus membros, que podem passar por arranjos domésticos diferentes ao longo da vida familiar. Estas mudanças podem ser em função de separações conjugais, de busca de emprego em outra cidade, pelo abrigo de um parente que precisa de auxílio, entre outros. Depreende-se que uma família não é do tipo “modelo nuclear” ou do tipo “modelo mulher chefe de família”, entre outros, ela **está** assim num dado período. Porém, no momento seguinte, pode assumir uma outra estrutura ou “modelo”. É imprescindível entender que as diversas categorias residenciais se completam. Investigar como se completam, quando e por que um grupo doméstico se transfere de uma categoria para outra, é focar o sistema familiar – como processo.

Sarti (2003) também delimita bem essa concepção de família em rede quando afirma que “a família pobre não se constitui como um núcleo, mas como uma rede, com ramificações que envolvem a rede de parentesco como um todo, configurando uma trama de obrigações morais entre seus membros, dificultando sua individualização e viabilizando sua existência como apoio e sustentação básicos” (SARTI, 2003, p.31).

Essa concepção merece destaque, pois parece contemplar, e permite compreender a grande maioria dos arranjos familiares com as quais o profissional do Serviço Social se depara, por exemplo, no acontecimento de um nascimento prematuro.

As redes de relações familiares serão o apoio com as quais a família do RN contará, no desempenho das funções de sua criação, proteção, socialização, diante das dificuldades e adversidades do contexto socioeconômico.

As famílias pobres são as mais expostas às vulnerabilidades e precisam em maior intensidade do suporte da rede familiar (SARTI, 1996). No Brasil, inúmeras pesquisas, entre estas, as realizadas pelas autoras citadas, constataam que as famílias chefiadas por mulheres estão submetidas a maior situação de pobreza e vulnerabilidade. Sendo que, para elas, a sobrevivência dessas famílias é possibilitada através da mobilização de uma rede familiar que está além dos limites de sua residência e efetiva-se na ajuda que a rede de consangüíneos (avós, irmãos, primos, tios, etc.) e parentes afins possibilita a estas mulheres, auxiliando-as não só no provimento do sustento, mas também no cuidado, educação, proteção e segurança do grupo familiar (LIMA, 2006, p.37).

Neder (2000) afirma que, no trato com as famílias, principalmente na área das políticas sociais, observa-se que muitos trabalhadores sociais não têm conseguido superar a visão burguesa da família, o que dificulta sobremaneira o seu trabalho com a família vivida no cotidiano.

Isso favorece a difusão da visão errônea da sociedade para com os modelos familiares que não se encaixam no modelo de família nuclear, geralmente taxados como modelos de famílias “desajustadas” ou “desestruturadas”.

Quanto a esses termos, Mioto esclarece que:

Trata-se de uma categoria, ou melhor, um rótulo, que serve para designar aquelas famílias que falham nas suas funções institucionais. Ou seja, implica um processo de julgamento que geralmente é realizado a partir de um modelo de família (mais ou menos flexível, dependendo do avaliador) e que pode estar relacionado a determinados aspectos da vida familiar ou a um conjunto deles. Com o aumento do consenso em relação à

diversidade dos arranjos familiares, o rótulo geralmente é atribuído àquelas famílias que contrariam as expectativas sociais quanto aos papéis e funções familiares (MIOTO, 2000, p. 223).

Neder (2000, p.44) acrescenta, que o profissional que trabalha com esses diversos arranjos familiares, em vez de tentar compreender a família com base na sua composição, pura e simplesmente, tomando como modelo a família nuclear, deve compreendê-la pelas vias do respeito, da dependência, da reciprocidade e dos valores que estão impregnados na estrutura familiar.

Pensa-se a necessidade de valorização das famílias, enquanto locus de produção de identidade social básica para qualquer criança, tendo em vista a formação de uma cidadania ativa. A construção desta identidade, individual e coletiva, deve passar pela tolerância com a diversidade humana [...] em primeiro lugar, enxergar as diferenças étnico-culturais presentes na sociedade brasileira; em segundo, há que se respeitar politicamente tais diferenças [...] evitar paradigmas de família regular x família irregular, responsável, em larga medida, pelos preconceitos (NEDER, 2000, p. 44).

Compreender essas famílias, e desenvolver projetos de atenção às mesmas, segundo Szymanski (2002, p.10), exige olhar para esse agrupamento humano como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem os idosos, formam crianças e adolescentes.

As modificações da dinâmica familiar deve ser percebida como uma transição de novos valores frente a novos problemas que enfrentam.

Partindo dessa concepção, mais facilmente compreenderemos as organizações familiares e suas estratégias de enfrentamento das dificuldades e sobrevivência, e também a prematuridade como um desses acontecimentos, que exige adaptações e modificações da estrutura familiar.

Como visto anteriormente, condições de muito baixo peso e complicações perinatais moderadas ou graves, constituem-se em fatores de risco biológico que podem comprometer os processos normais do desenvolvimento infantil dos recém-nascidos prematuros.

Carvalho et al. (2001, p.3), afirma que ambiente familiar adequado, com presença de fatores favorecedores (responsividade<sup>21</sup> parental, aceitação do comportamento da criança, disponibilidade de brinquedos) esses riscos podem ser revertidos, enquanto que em ambiente familiar inadequado (falta de acompanhamento psicossocial à família, precariedade de brinquedos e atividades que estimulem a interação e o desenvolvimento cognitivo da criança, dificuldades de acompanhamento com especialistas, fisioterapeutas, oftalmologista entre outros, dificuldade de aceitação por parte dos pais), o oposto também pode ocorrer.

Mesmo em ambiente socioeconômico-cultural favorável (numa família de classe média, por exemplo) o nascimento pré-termo e com muito baixo peso permanece como um fator de preocupação do desenvolvimento da criança para a família.

Nas famílias menos favorecidas economicamente, portanto, esses fatores de risco biológico, ao se associarem aos fatores de risco psicossociais, resultarão em situação de risco múltiplo, onde um agrava o outro, o que muito dificilmente serão sanados somente pela rede de relações primárias, no âmbito privado.

Uma gama de serviços fornecidos pelo Estado, por meio de políticas públicas de saúde e assistência, serão fundamentais para que as famílias, sob quaisquer arranjos ou formas de organização, possam enfrentar a condição de prematuridade de seus recém-nascidos.

## 2.2 A PROTEÇÃO DISPENSADA PELO ESTADO POR MEIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS

Primeiramente, conforme destaca Pereira (2001, p.25) ao se falar em Estado, deve-se lembrar que: ele não expressa um conceito universal e absoluto, visto que difere de acordo com cada momento histórico e contexto socioinstitucional; não é o criador da sociedade, porém é criatura desta (embora nas diferentes formas em que se apresente, oligárquico, liberal, etc. sempre procure dominá-la); e que existem diferentes e

---

<sup>21</sup> Responsividade: “do termo responsivo, 1) que envolve ou contém resposta, 2) que responde” (WIKTIONARY, 2007).



competitivas concepções sobre ele, sua índole, função social e de suas relações com a sociedade.

O Estado não é um fenômeno dado, aistórico, neutro e pacífico, mas um conjunto de relações criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes ou frações de classe se confrontam e se digladiam em defesa de seus interesses particulares. É por isso que se diz que o Estado é uma arena de conflitos de interesses (PEREIRA, 2001, p.26).

Na Antigüidade, as formas de Estado e de governo gregos eram baseadas num poder tido como direito natural, que reconhecia somente a vontade e as necessidades da *pólis* (cidade-Estado autônoma e soberana, sobreposta às organizações políticas menores).

Foi no Império Romano que o Estado passou a ser pensado como uma *comunidade*, uma *res publica*<sup>22</sup> ou *coisa do povo*. A concepção de igualdade e de justiça, passou a ser tida como algo natural entre os homens.

Na época medieval, a concepção era do poder do soberano em nome de Deus, legitimado por meio de um contrato entre soberano e súditos, onde se estabeleciam as condições para o exercício do poder e as obrigações mútuas.

Com o florescimento das idéias liberais, da primazia da liberdade e autonomia individual, o Estado passa a ser concebido pelos liberais, como instância separada da sociedade, que deve apenas garantir a efetivação desses princípios. O Estado passa a ser então, limitado pela lei.

Com a industrialização e as mudanças nas relações de produção, para dar conta das crescentes demandas sociais que eclodiram na segunda metade do século XIX, advindas da questão social<sup>23</sup>, o Estado capitalista se vê obrigado a responder a elas de forma interventiva, por meio de políticas sociais.

As políticas sociais representam as atuações do poder político visando garantir o bem-estar da população. Sua implementação por parte do Estado, deve garantir a saúde da população, bem como as condições de alimentação, educação, trabalho, habitação, lazer e meio-ambiente.

---

<sup>22</sup> Uma associação racional que se mantém unida pelos valores comuns dos seus membros e na qual todos participam (PEREIRA, 2001, p.28).

<sup>23</sup> A Questão Social é apreendida enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2001, p.13).

Como visto, nem sempre a infância foi tida como foco de atenção da família e do Estado.

No séc. XIX, a definição de criança, era uma derivação das que eram criadas pelos que lhe deram origem. Eram o que se chamava “crias” da casa, de responsabilidade da família consanguínea ou da vizinhança.

Além de não serem ainda um foco de atenção especial, as crianças eram duplamente mudas [...] Não eram percebidas nem ouvidas. Nem falavam, nem delas se flava. [...] Em alguns textos, encontra-se a expressão “desvalidos de pé”, que designava aquelas que já andavam e, portanto, podiam desempenhar pequenas tarefas (LEITE, 1997, p.21).

Somente no final do séc. XX é que a infância tornou-se uma questão de atenção do Estado e das políticas não-governamentais.

A infância passa a ser visível quando o trabalho deixa de ser domiciliar e as famílias, não conseguem mais administrar o desenvolvimento dos filhos pequenos (LEITE, 1997, p.20).

É por meio das políticas sociais, especialmente àquelas voltadas para a saúde materno-infantil, que o Estado busca garantir proteção aos recém-nascidos prematuros e às suas famílias.

### **2.2.1 Políticas públicas materno-infantis no enfrentamento da vulnerabilidade**

Os indicadores sociais são meios que permitem avaliar as condições de vida da população ou de grupos específicos que a compõe. No caso dos RNs prematuros, bons exemplos desses indicadores quanto ao nível de proteção, são as Taxas de Mortalidade Infantil (TMI)<sup>24</sup> e as Taxas ou Coeficiente de Mortalidade Materna<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> A TMI consiste no número de óbitos de crianças desde o nascimento até seu primeiro ano de vida, ocorridas numa determinada região (geralmente no período de um ano) referida ao número de nascidos vivos no mesmo período. Normalmente é expressa em número de óbitos de crianças com menos de um ano, a cada mil nascidos vivos. É composta pela soma do número de mortes neonatal (número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade, referido ao número de 1000 nascidos vivos) e de mortes perinatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Garantir a vida aos recém-nascidos prematuros, e garantir a saúde das mulheres que os geraram é, sem dúvida, o primeiro passo na garantia da proteção dessa criança, fazendo frente às suas vulnerabilidades.

As TMI são geralmente classificadas em altas (50 ou mais), médias (20-49) e baixas (menos de 20), em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas, o que varia com o tempo (IBGE, 2004 apud IBGE 2007).

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.

Segundo a OMS essa taxa é atualmente considerada aceitável até dez mortes para cada mil nascimentos.

A TMI no Brasil foi reduzida em 20,5% de 1996 a 2000 e entre 2000 e 2004 a redução foi de 15,9% (MS, 2007). Nas décadas anteriores, as altas TMIs eram decorrentes principalmente das doenças infecto-contagiosas. A diminuição ocorreu graças a campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, agentes comunitários de saúde, etc.

Estudo produzido pelo Ministério da Saúde mostrou que o Programa de Saúde da Família teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil no Brasil no período de 1991 a 2002. Para cada aumento de 10% da cobertura do PSF a mortalidade infantil caiu 4,5% (MS, 2006 apud MS, 2007).

O quadro demonstrativo apresenta essa redução no Brasil e nas respectivas regiões, com destaque para Santa Catarina:

**Quadro 05:** Índice de mortalidade infantil no Brasil e Santa Catarina

Ano	2000	2004
Brasil	26,8	22,5
Região Norte	28,7	25,6
Região Nordeste	41,4	33,9
Região Sudeste	18,0	14,9
Região Centro-Oeste	21,0	18,7
Região Sul	17,0	15,0
Paraná	19,6	15,5
Rio Grande do Sul	15,1	15,2
<b>Santa Catarina</b>	<b>15,7</b>	<b>13,6</b>

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (MS, 2007).  
Quadro elaborado pela autora.

<sup>25</sup> A taxa Mortalidade Materna é composta pelo número de mortes de mulheres ocorridas durante a gestação, ou após o término da gravidez, referida pelo número de 100000 nascidos vivos no mesmo período (geralmente um ano) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Percebe-se que as iniciativas governamentais e dentre elas o PSF, contribuíram para essa redução, uma vez que o atendimento em saúde vai até as famílias, ao encontro da população e de suas necessidades.

Apesar da constante queda, a taxa de mortalidade infantil brasileira ainda está acima da média considerada aceitável pela OMS, e é alta se comparada aos países da América do Norte ou da Europa, cujas médias são respectivamente, 7 e 9 (IBGE, 2001apud IBGE, 2007).

A Taxa de Mortalidade Materna é também um importante indicador social referente às condições de saúde das mulheres em idade fértil, e principalmente, da qualidade da assistência no processo reprodutivo.

A TMM tem mostrado a seguinte variação no Brasil e na região Sul, no período de 1997-2004:

**Quadro 06:** Taxa de mortalidade materna no Brasil e Santa Catarina

Ano	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	61,1	64,8	57,3	52,36	70,9	75,9	73,0	76,1
Região Sul	71,5	76,2	62,1	53,4	52,6	57,6	51,6	59,0
<b>Santa Catarina</b>	<b>48,1</b>	<b>43,7</b>	<b>43,5</b>	<b>37,0</b>	<b>42,0</b>	<b>45,5</b>	<b>52,9</b>	<b>43,3</b>

Fonte: IDB - 2006 (MS, 2007).

Quadro elaborado pela autora.

Convém lembrar que, essas taxas podem ser mais elevadas, pois nem todos os óbitos resultantes do ciclo de mortes maternas são informados pelas instituições onde ocorrem, quer por deficiência no serviço ou negligência.

Em busca da redução desses índices, o MS lançou em 2004 o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna. Foi um acordo firmado entre União, estados, municípios e sociedade civil, objetivando reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até o final de 2006, e em 75% até 2015 (MS, 2007).

O Estado tem tomado várias ações para o enfrentamento à redução da mortalidade materna e infantil. Dentre elas podem ser alistadas, na área de mortalidade infantil, a promoção e o incentivo ao aleitamento materno, a criação de bancos de leite com coleta voluntária, a atenção integral a doenças prevalentes na infância (diarréias, doenças respiratórias, desidratação), melhoria da cobertura vacinal, criação de novos leitos de UTI pediátricos, cursos de reanimação neonatal (para profissionais que atuam em salas de partos), monitoramento de doenças diarréicas agudas, triagem neonatal (Exame do Pezinho), [...] inclusão

no calendário básico de imunização da vacina contra o rotavírus e aumento de equipes do Programa de Saúde da Família (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2007).

Essas iniciativas geraram algumas melhorias, segundo informações do Sistema de Informação Ambulatorial (AIH - SUS) houve aumento do número de consultas de pré-natal. Em 1995 a média de consulta foi de 1,2 enquanto que em 2003, esta proporção já era de 5,1 consultas de pré-natal para cada parto.

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade da assistência pré-natal ainda é precária. O acesso a ela representa problema significativo, especialmente a população rural nas regiões Norte e Nordeste. Verifica-se uma alta incidência de sífilis congênita estimada em 12 casos por 1000 nascidos vivos no SUS e apenas 45,3% das gestantes receberam a dose imunizante, a segunda dose ou a dose de reforço da vacina antitetânica (PN-DST/Aids, 2002 apud MS, 2007).

A TMM brasileira (76,1 em 2004) tem se mostrado elevada, também quando comparada aos países desenvolvidos, onde varia de 6 a 20 óbitos para cada 100 mil nascimentos.

As mulheres ainda estão morrendo por conta de complicações na gestação, no parto ou no puerpério (período pós-parto). A hipertensão arterial tem sido a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, seguida de hemorragias, infecções e abortos. Todas essas complicações podem ser evitadas com melhor infra-estrutura, equipamentos e recursos financeiros e maior qualificação dos profissionais que efetuam o atendimento.

Outras iniciativas governamentais, visando minimizar vulnerabilidades de mulheres e recém-nascidos, merecem destaque:

- **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**

Programa criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, marcando uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e critérios para eleição de prioridades neste campo.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitada porém, às demandas relativas a gravidez e ao parto. Este modelo traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua

especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares.

O PAISM reconhece a necessidade de ações e serviços de saúde dirigidos especialmente para as mulheres, no que se refere ao atendimento e acompanhamento da saúde das mulheres nas suas várias idades e situações de vida: pré-parto, parto, pós-parto, situações de infertilidade, contracepção, menopausa e cuidados preventivos ao câncer de mama e cérvico-uterino.

- **Programa de Humanização ao Recém-nascido de Baixo Peso (RNBP) – Método Mãe Canguru (MMC)<sup>26</sup>**

Especificamente aos RNs prematuros, desde 1999 por meio da área técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, o programa tem conduzido o processo de normatização e disseminação nacional da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru, ou Cuidado Mãe-Canguru (CMC).

Trata-se de uma proposta de humanização da assistência neonatal baseada em quatro eixos fundamentais: acolhimento do bebê e de sua família, respeito às singularidades de cada recém-nascido, promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e o envolvimento da mãe, do pai e da família nos cuidados com o bebê (MS, 2007).

O MMC consiste no contato pele-a-pele precoce, prolongado e contínuo no peito, entre os seios da mãe ou no tórax do pai, primeiramente no hospital e mantido após a alta precoce até pelo menos 40 semanas de IG pós-natal, de forma ideal com amamentação exclusiva e acompanhamento adequado.

[...] o MMC é seguro em termos de resposta fisiológica e oferece alguns benefícios com relação a prevalência e duração do aleitamento materno, redução na hospitalização e no choro aos 6 meses [...] após a estabilização inicial, é seguro quanto a mortalidade e pode reduzir a morbidade severa, com menos reinternação. O MMC oferece outros

---

<sup>26</sup> O MMC surgiu primeiramente na Colômbia, no início dos anos 80, mediante crítica situação de prematuridade, alta taxa de mortalidade neonatal e abandono, problemas de superpopulação e infecção. Este nome deve-se a forma das mães carregarem seus bebês, semelhante aos marsupiais (MEDEIROS et al. apud BILLAR, 2007, p.32). O Método compõe-se de três etapas. Na primeira estimula-se o contato entre a mãe e o RN nos primeiros dias após o nascimento, que por estar na UTI não pode permanecer no Alojamento Conjunto ao lado da mãe. A segunda etapa prevê a permanência conjunta de mãe-bebê na enfermaria, durante toda a internação do mesmo e a terceira, consiste no acompanhamento adequado da criança no ambulatório após a alta (com pelo menos 1500g).

benefícios: reduz a necessidade de equipamentos caros e sofisticados, freqüentemente inadequados para países de baixa renda [...] reduz a necessidade de pessoal qualificado e concentra a atenção dos profissionais de saúde disponíveis para componentes essenciais do cuidado neonatal tais como controle térmico, contato precoce mãe/bebê e amamentação; contribui para a humanização no cuidado neonatal e para um melhor vínculo entre mãe e seu RNBP; e permite que a mãe se torne competente e confiante no cuidado do bebê tanto no hospital quanto em casa (TOMA, 1998, p. 06 apud CATANEO; DAVANSO).

Além do contato pele-a-pele, vale lembrar que outras são as ações que compõe a atenção humanizada no atendimento ao RNBP como: direito da mulher ter um acompanhante de sua preferência no momento do parto, os pais têm permissão para entrar UTI-Neo 24h por dia para acompanhar seu bebê, diminuição do barulho e ruídos no interior da Unidade e cuidado com o toque excessivo no manejo dos prematuros, uma vez que seus sistemas auditivos, visuais e cerebrais estão em desenvolvimento e portanto, extremamente sensíveis.

A avaliação da experiência brasileira com o MMC (MS, 2007) mostrou essa estratégia eficaz e segura. O desafio atual é a implantação e/ou implementação desse método em todo o território brasileiro, principalmente a terceira etapa do método, referente ao acompanhamento da criança no ambulatório, após a alta, o que requer sua extensão para a rede básica de saúde.

- **Incentivo ao Aleitamento Materno**

O aleitamento materno é a estratégia isolada de maior impacto e menor custo na redução da mortalidade infantil. Quanto mais leite materno exclusivo uma criança recebe, menor o risco de morrer por diarreia e outras infecções.

Segundo MS (2007), as crianças menores de seis meses, que não foram amamentadas ou que foram desmamadas, apresentam um risco maior (de oito a dez vezes) de morrer por diarreia. Estudos comprovam que crianças com idade inferior a 12 meses que não receberam aleitamento materno apresentam 2,5 vezes mais risco de morte por doenças respiratórias.

Quanto aos benefícios do aleitamento materno na qualidade de vida das crianças, sabe-se que ele é o alimento ideal nos primeiros meses de idade. Os conhecimentos das últimas duas décadas evidenciam que o leite materno protege contra o desenvolvimento de infecções e alergias, e favorece o crescimento e o desenvolvimento adequados da criança. O aleitamento materno fortalece o vínculo entre a mãe e o bebê, diminui o

risco de obesidade e diabetes e também trás benefícios importantes para a saúde materna, particularmente os relacionados à diminuição da incidência de câncer de mama e de ovário (MS, 2007).

A Política Nacional de Aleitamento Materno busca, portanto, por meio da promoção da prática do aleitamento materno (exclusivo até os 6 meses e complementado até os 2 anos de idade ou mais) garantir boa qualidade de vida aos recém-nascidos, e dentre estes aos prematuros.

- **Programa Capital Criança: uma iniciativa municipal na luta contra a mortalidade infantil**

No caso específico do município de Florianópolis, a redução da TMI e garantia de saúde neonatal e infantil, tem sido obtida graças à iniciativa municipal vitoriosa do Programa Capital Criança.

Projeto iniciado em 1997 que tem como objetivo valorizar ações que visam, por meio do acompanhamento pré e pós-natal, reduzir os índices de mortalidade materna e infantil na Capital.

De 1996 a 2001, a mortalidade de crianças de 0 a 1 ano em Florianópolis, caiu de 21,6 para 11,8 por 1.000 nascidos vivos, segundo a Secretaria Municipal da Saúde (SMS-PMF), dado ratificado pelo Ministério da Saúde.

Ainda segundo a SMS, em três anos, a taxa de mortalidade infantil foi reduzida em 42,5% registrando atualmente menos de 10 mortes a cada mil nascidos. O resultado é atribuído à atenção dada não apenas a criança, mas também à mãe na fase de gestação.

O programa garante um mínimo de seis consultas de pré-natal em suas unidades, a gestante tem acesso a um exame de ultra-sonografia, em torno da vigésima semana de gravidez. Ainda dentro do acompanhamento dos recém-nascidos, é feito controle nutricional, tratamento odontológico a partir do trigésimo dia de vida, avaliação de crianças com tratamentos especializados e realização de consultas especializadas em pediatria, entre elas cirurgia pediátrica, endocrinologia, cardiologia, nutrição e otorrinolaringologia. Desde o ano passado, foram incluídas no Programa, as crianças com até 10 anos de idade.

Pode-se observar a TMI no município de Florianópolis nos últimos sete anos, segundo informações da Secretaria de Estado de Saúde (2007):



**Quadro 07:** Taxa de mortalidade infantil em Florianópolis

Ano	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Florianópolis	9,1	8,9	8,1	12,1	9,8	11,8	9,7

Fonte: Secretaria do Estado de Saúde, 2007.

Quadro elaborado pela autora.

O Programa considera recém-nascido de risco, ou vulnerável, aquela criança que apresentar um ou mais dos seguintes critérios: baixo peso ao nascer (<2500g); prematuros (<37 semanas de idade gestacional); recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 1 ano de estudo); asfixia grave (apgar<sup>27</sup> < 7); malformação congênita e/ou anomalia cromossômica; crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido (CAPITAL CRIANÇA, 2007).

Cabe destacar ainda o Projeto de Lei nº 190 de 2001 de autoria do senador Luiz Pontes (PSDBCE) denominada Lei do Prematuro, que aguarda votação dos deputados federais. Ele preconiza que o salário-maternidade de mães de recém-nascidos prematuros seja pago pela Previdência Social por um período acrescido do número de semanas equivalente à diferença entre o nascimento a termo (38 semanas).

### 2.3 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE COMO VIABILIZADOR DA PROTEÇÃO ÀS FAMÍLIAS E RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

#### 2.3.1 Sobre a Política de Saúde no Brasil

A Constituição Federal (CF) de 1988 simbolizou o marco da transição democrática no país. Por inaugurar um novo conceito de cidadania e democracia, ao expandir os direitos de saúde, assistência e previdência, foi conhecida como Constituição Cidadã.

<sup>27</sup> A Escala ou Índice de Apgar consiste na avaliação de 5 sinais objetivos do RN no primeiro e no quinto minutos após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2. Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resultará no Índice de Apgar e o recém-nascido será classificado como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave: Apgar 0 a 2 (WIKIPÉDIA, 2007).

Em seu artigo 10 dos Princípios Fundamentais, dispõe sobre a constituição do Estado Democrático de Direito através da união indissolúvel de Estados, Municípios e do Distrito Federal e é fundamentada pelos princípios de soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho, da livre iniciativa e do pluralismo político.

Ao adotar o modelo de Seguridade Social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que, a saúde é direito de todos e dever do Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado dois anos depois pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90 (SUS). Foi fruto da idealização e reivindicação da sociedade civil organizada, por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>28</sup> (CNS).

As políticas públicas de saúde orientam-se, dessa forma, conforme a Lei Orgânica da Saúde, e do SUS, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, e pela integralidade do atendimento<sup>29</sup>.

A organização do SUS segue os princípios da: regionalização e hierarquização dos serviços; resolutividade; descentralização da gestão entre União, Estados e Municípios; complementaridade do setor privado<sup>30</sup>; e de participação dos cidadãos, por meio de representantes, opinando, definindo, acompanhando a execução e fiscalizando as ações de saúde nas três esferas de governo.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde ocorrem a cada quatro anos, com a participação dos vários segmentos da sociedade na avaliação da política de saúde. Já a

---

<sup>28</sup> A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1986 em Brasília, foi um dos eventos políticos sanitários mais importantes devido seu caráter democrático. Teve como resultado a construção de um consenso político que permitiu a formatação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado pelo: conceito abrangente de saúde; saúde como direito de cidadania e dever do Estado; instituição de um Sistema Único de Saúde (ALMEIDA et al. 2001, p.31).

<sup>29</sup> A integralidade no atendimento refere-se à compreensão dos sujeitos, como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. O atendimento deve garantir, então, a promoção (ações que envolvem outras áreas como habitação, educação, meio-ambiente, etc.) a proteção (ações que previnem riscos e exposição às doenças: saneamento básico, imunizações, etc.) e recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes) (ALMEIDA et al. 2001, p.36).

<sup>30</sup> O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região (SUS, 2007).

participação do usuário nos Conselhos de Saúde, é prevista de forma paritária, em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégia e controle da execução da política.

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, através dele, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (SUS, 2007).

### 2.3.2 Alguns aspectos da política de saúde em Santa Catarina

Em Santa Catarina existem 213 hospitais vinculados ao SUS, sendo destes, 22 públicos, 190 privados e 01 universitário. O Estado administra 14 hospitais públicos e 05 são terceirizados (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - PES, 2006). Os atendimentos obstétricos são realizados em 188 desses hospitais, contando no total, com 1760 leitos disponíveis para tal.

A distribuição dos hospitais vinculados ao SUS em Santa Catarina, bem como do coeficiente de mortalidade materna, do número de leitos hospitalares e do número total de leitos em UTI, são distribuídos por microrregiões de saúde:

**Quadro 08:** Distribuição dos Hospitais e leitos hospitalares em Santa Catarina

Coef. Mort. Materna (1000 nascidos vivos)	Nº Hospitais vinculados ao SUS	Leitos hospitalares (por 1000/h)	Leitos em UTI vinculadas ao SUS (2003)	Micro Regiões
50,9	46	3,0	17	Extremo Oeste
45,6	37	2,8	30	Meio Oeste
27,1	11	2,6	12	Planalto Norte
43,7	14	3,2	31	Lages
38,2	44	2,2	73	Vale do Itajaí
81,6	26	2,7	40	Sul
36,2	12	1,3	64	Nordeste
24,4	23	3,6	101	Florianópolis

Fonte: Plano Estadual de Saúde (PES, 2006).

Quadro elaborado pela autora.

A média de leitos hospitalares por 1000 habitantes catarinenses é de 2,5. Porém, enquanto na microrregião Nordeste essa média é de 1,3 leitos por 1000 habitantes, na microrregião de Florianópolis, ela aumenta para 3,6.

O número de leitos em UTI existentes em Santa Catarina é de 368. Levando-se em consideração que o ideal, segundo o Ministério da Saúde, deve corresponder a 4% do total dos leitos, a meta catarinense seria de 517 leitos. O que representa um incremento de 40,5% em relação ao número existente (PES, 2006, p.39).

Na grande Florianópolis foram realizados 26% dos serviços de média complexidade e 92% dos serviços de alta complexidade, enquanto que no Meio Oeste e Sul os serviços de alta complexidade foram inferiores a 1% do total (PES, 2006, p.36).

Os serviços de Média Complexidade apresentam déficit em todo o estado [...] A NOAS SUS 01/2 enfatiza a regionalização das ações e serviços de saúde, com prioridade ao primeiro nível de referência onde se encontra parte dos serviços de média complexidade.[...]É importante na pactuação considerar critérios como as características sócio-demográficas, a acessibilidade e a disponibilidade de recursos humanos para determinar a lógica da alocação de recursos de investimento em saúde. Na alta complexidade existe escassez de recursos humanos para atuar nas especialidades inerentes aos níveis secundário e terciário [...] além da baixa resolutividade nos serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria das macrorregiões de saúde (PES, 2006, p.37).

O déficit de cobertura assistencial nos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade incluem as especialidades da terapia intensiva e da assistência ao parto de alto risco, abarcando desta forma, a questão da prematuridade.

Percebe-se que a Mortalidade Materna (MM) é maior nas regiões Sul Catarinense (81,6), Extremo-Oeste (50,9) e Meio-Oeste (45,6) enquanto a região da grande Florianópolis (24,4) e do Planalto Norte (27,1) apresentam os índices mais baixos. Segundo PES (2006) o câncer mama e útero, somados são responsáveis por 51,6% dos óbitos maternos.

Essa grande diferença também possivelmente se explica pela má distribuição dos serviços de saúde por níveis de assistência, concentrados somente nos grandes centros urbanos e no litoral, os serviços de média e alta complexidade.

Algumas das metas pactuadas para 2005 no Estado não foram alcançadas (PES, 2006, p.33):

- Taxa de mortalidade infantil: pactuada 13,00 – verificada 18,8

- Taxa de MM por câncer de mama: pactuada 9,50 – verificada 10,70
- Taxa de MM por câncer do cólo do útero: pactuada 3,7 – verificada 4,38
- % de nascidos vivos com baixo peso: pactuada 7,5 – verificada 7,74.

### **2.3.3 A Inserção do Serviço Social na área da Saúde**

A formação do Assistente Social não é específica da Área da Saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem, com competência nas diferentes dimensões da questão social, e como tal, com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive da saúde.

O Conselho Nacional da Saúde (CNS) através da Resolução n° 218, de 06 de março de 1997 reconheceu o assistente social, juntamente com outras categorias, como profissional de saúde de nível superior.

Sobre o assunto já havia desde 06/06/1990 um parecer do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS) e Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), que não deixa qualquer dúvida acerca da questão. Diz o parecer:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como da causalidade das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional de Saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria - fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (CRESS, 2005, p.9).

Quanto a sua inserção na área da saúde, foi de forma pioneira, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, sob denominação de Serviço Social Médico, criado pelo Decreto-lei 13.192 (NOGUEIRA, 2005).

Já nessa época, sua ação era de mediação entre médico/paciente/família, realização de estudos sociais sobre as condições de vida do paciente, ação grupal socioterapêutica

(contribuindo assim, tanto para a aceitação do paciente quanto as suas patologias, como preparação para alta hospitalar) e na arrecadação de fundos financeiros.

Com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Social da Indústria (SESI), nas décadas de 40 e 50, a ação do assistente social foi incorporada em programas educativos e de orientação na área de saúde.

Na década de 60 e 70, inicialmente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e com a sua posterior unificação no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o novo foco de atuação dos assistentes sociais foi a expansão do atendimento médico-previdenciário.

Nesse atendimento, os assistentes sociais:

Continuaram a organizar a demanda para consultas médicas, a coleta de informações de ordem social para subsidiar o diagnóstico médico, a mobilização comunitária para a reintegração dos pacientes junto à família, ao trabalho e à comunidade, a atuação nos Centros de Reabilitação e a ação educativa-preventiva em pequenos grupos (NOGUEIRA, 2005, p.05).

Cabe destacar o acontecimento do II Congresso Brasileiro de Serviço Social em 1961, onde as discussões da categoria resultaram numa nova concepção de saúde: baseada na abordagem grupal e comunitária e enfoques em saúde pública na prevenção, proteção e recuperação da mesma.

A concepção anteriormente vigente de saúde era aquela da ordem médica, puramente biológica, baseada no atendimento individual, no âmbito da psicologização das relações sociais, sem ênfase na coletividade.

A expansão das Santas Casas de Misericórdia e a criação de Secretarias de Saúde Municipais foram os dois outros espaços de incorporação da força de trabalho dos assistentes sociais, permanecendo o estatuto profissional de ação paramédica (NOGUEIRA, 2005, p.06).

Na década de 80, embora não tenha tido relevância no movimento pela Reforma Sanitária, a categoria dos profissionais do Serviço Social, reconheceu a importância e o alinhamento estratégico ao SUS, ampliando e favorecendo a organização política dos usuários e favorecendo a universalização das ações e serviços de saúde.

As tendências da política de saúde hoje no Brasil, e que exige um posicionamento ético-político por parte dos assistentes sociais, dividem-se em duas: uma com retorno à tendência privatista, que se tornou hegemônica a partir da segunda metade da década de 90, comandado pelos interesses de mercado e outra que segue os princípios e diretrizes originais do movimento sanitário, construído nos anos 80, que preza pelo fortalecimento da sociedade civil no controle social, da integralidade no cuidado com a saúde, de direito do cidadão e dever do Estado.

A área da saúde tem incorporado grande parte dos profissionais do Serviço Social. Nela, o posicionamento da categoria deve ser, indiscutivelmente, pelos princípios e diretrizes do SUS, defesa intransigente do direito universal à saúde, mediação entre o usuário e a instituição e fortalecimento do usuário como sujeito de direitos.

O fortalecimento do usuário como sujeito de direitos possibilita a expansão da cidadania dos usuários, uma vez que, saindo da perspectiva do direito, as políticas sociais passam a ser vistas como caridade.

A ação profissional do assistente social é definida por Miotto como:

Conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/ profissionais de forma responsável, consciente. Contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em um determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais (MIOTTO, 2001 apud LIMA, 2004, p.05).

Para viabilizar os direitos e a proteção aos RN prematuros, o assistente social tem sua ação subsidiada pelas Leis 8080/90 e 8142/90 (SUS); 8662/93 Lei que Regulamenta a Profissão; Código de Ética Profissional; 8742/93 Lei Orgânica da Assistência Social; Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) 8069/90; 10241/99 Lei do Acompanhante de Parto; 9263/96 Lei do Planejamento Familiar, entre outras.

No ECA, a criança e adolescente são referidos como pessoa em desenvolvimento, que devem ser tratados como *prioridade* nas ações, afirmando que o dever de sua proteção, cabe à família, ao Estado e a sociedade em geral:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O papel da família hoje, referente aos cuidados de seus membros, ganha grande importância pelo Estado, no sentido de promovê-la como grande responsável pelo cuidado às crianças, aos jovens, aos idosos.

O artigo 266 da Constituição Federal do Brasil endossa o artigo 16 da Declaração dos Direitos Humanos, quando reconhece a importância da família no contexto da vida social declarando-a como base da sociedade, núcleo natural e fundamental, que tem direito à proteção da sociedade e do Estado.

As iniciativas governamentais de proteção, como visto, embora tenham mostrado melhorias no atendimento, na atenção e na qualidade de vida das famílias e recém-nascidos, constituem-se ainda, em ações isoladas, focalizadas em determinado município, em alguns poucos hospitais, a depender da vontade político-partidária de cada governo e região.

Isso contraria o que está constitucionalmente declarado a respeito da política de saúde, da proteção à família e do ECA.

O Estado intervém, geralmente quando a sociedade o pressiona para tal, ainda esperando que a família seja auto-sustentável, e que se responsabilize pela criação e socialização de seus membros com diminuída dependência dos serviços coletivos.

O assistente social aparece então, neste contexto, como profissional que compõe as equipes de saúde. A maior dificuldade tem sido efetivar esses direitos já constitucionalmente declarados, articulando e favorecendo a organização dos sujeitos e famílias na reivindicação da saúde e da proteção na prematuridade como direito social.



### **3 A VULNERABILIDADE SOCIAL NA PREMATURIDADE COMO REFLEXO DA VULNERABILIDADE SOCIAL FAMILIAR E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SEU ENFRENTAMENTO**

Essa seção tem como objetivo, apresentar a realidade do Hospital Universitário, bem como o processo de trabalho do assistente social na instituição, e especificamente na Neonatologia, procurando responder à questão: Como o Assistente Social pode contribuir para minimizar as vulnerabilidades sociais dos recém-nascidos prematuros e de suas famílias, garantindo seus direitos e proteção?

Num primeiro momento, se fará a caracterização do local de estágio e do processo de trabalho do assistente social nele inserido, bem como a caracterização das famílias dos recém-nascidos com extremo baixo peso (menos de 1000 gramas) atendidos durante o período de estágio, procurando apresentar algumas vulnerabilidades sociais dessas famílias.

Num segundo momento, serão expostos os procedimentos metodológicos que possibilitaram a identificação dessas vulnerabilidades, como se manifestam, de maneira a indicar ações ao Serviço Social da Maternidade do HU tendo em vista minimizar essas vulnerabilidades.

#### **3.1 CONHECENDO O CAMPO DE ESTÁGIO E AS AÇÕES PROFISSIONAIS**

##### **3.1.1 Realidade do Hospital Universitário da UFSC – local do estágio**

O Hospital Universitário é uma instituição pública federal ligada à UFSC e ao Ministério da Educação concebida na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão.

Inaugurado em 1980, de natureza pública e gratuita, atende exclusivamente pelo SUS, nos três níveis de assistência – básica, de média e de alta complexidade, por meio do atendimento ambulatorial e de internação.

A Maternidade do HU foi ativada em 24 de outubro de 1995 e é atualmente reconhecida em nível nacional como centro de excelência em assistência obstétrica. Nela, são realizados em média 1700 partos por ano, em 2000 foram 1767 partos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2007) e o recém-nascido permanece com a mãe desde o nascimento até a alta.

Tem como característica a humanização no atendimento: a mulher se preferir, tem acesso ao parto de cócoras (vertical), tem direito a um acompanhante de sua escolha no momento do parto, as crianças têm autorização para visitas sem restrição, incentiva-se a prática do aleitamento materno, favorecendo o vínculo familiar com o recém-nascido.

A Unidade de Neonatologia da Maternidade conta com 19 leitos, divididos em: 06 leitos na UTI, 07 leitos na sala de cuidados intermediários, 04 leitos na sala de cuidados mínimos e 02 leitos na sala de isolamento.

A UTI-Neo do HU atende a demanda de toda a grande Florianópolis e também dos municípios do interior do Estado.

No ano de 2006 foram atendidos 284 bebês prematuros ou com alguma intercorrência hospitalar (dificuldade respiratória, portadores de alguma anomalia), ou seja, uma média mensal de 23,6. Neste ano, de janeiro até 20 de outubro de 2007, os atendimentos somaram 222<sup>31</sup>.

Segundo informações do setor de finanças do Hospital, o valor médio de custo (infra-estrutura, recursos humanos) de uma diária de prematuro na UTI é de R\$ 213,71. Porém, são acrescidos a esse valor os demais procedimentos exigidos durante o período, como: diária de acompanhante, nutrição enteral, parenteral, exames, transfusões, transporte, neuro-cirurgia, cateter, etc. o que varia para cada criança.

A guisa de ilustração, no mês de setembro de 2007 a cobrança de três internações referentes a prematuridade somaram R\$ 653,15. Porém, com o total dos procedimentos envolvidos nesses três casos, o custo elevou-se para R\$ 3684,00, sendo o tempo médio das internações doze dias cada.

---

<sup>31</sup> Esses dados foram obtidos por meio de consulta documental no Livro de Registros da UTI-Neo do HU em 20 de out. de 2007. A fonte encontra-se disponível no local.

### 3.1.2 O processo de trabalho do Assistente Social no Hospital Universitário

O Serviço Social no HU segue as diretrizes políticas da instituição (assistência, ensino, pesquisa e extensão), buscando conhecer a realidade socioeconômica e cultural das pessoas que são atendidas, refletindo com as mesmas sua situação de saúde relacionada às condições de vida, através da troca de saberes para transformação do seu cotidiano (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006).

Conforme organograma institucional (ANEXO A), o Serviço Social localiza-se na Divisão de Apoio Assistencial, juntamente com a Psicologia, Nutrição e Farmácia.

Compõem a equipe do Serviço Social: dez profissionais, uma auxiliar técnica-administrativa e três bolsistas, além das estagiárias nas diferentes áreas que pode variar a cada semestre (Maternidade-3, Pediatria-2, Hemodiálise-1, Clínicas Cirúrgicas-1).

O Serviço Social está estruturado de forma que o assistente social possa intervir desde a entrada do paciente no Hospital. No ambulatório, atua no plantão e no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica (NIPEG). Na internação, atua nas Clínicas Cirúrgicas, Clínicas Médicas, na UTI, Pediatria, Ginecologia e Maternidade.

Insere-se também em programas de atenção a patologias específicas (diabéticos, renais, Parkinson e Alzheimer); hemoterapia (banco de sangue); emergência; Planejamento familiar; Comissões de atendimento (à criança vítima de maus-tratos, de cirurgia bariátrica - obesidade, de humanização e de capacitação) e Núcleo Desenvolver (trabalho multiprofissional da Pediatria com diagnóstico, orientação e encaminhamento de crianças com problemas de aprendizagem) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006). Procura atuar sempre na perspectiva da interdisciplinariedade<sup>32</sup>, muito embora esse ideal esteja em construção nas áreas anteriormente citadas.

No Planejamento do Serviço Social do HU 2007-2008, consta como objetivos do trabalho do assistente social:

---

<sup>32</sup>Quanto aos termos “multiprofissional” e “interdisciplinar”, Melo e Almeida (2000, p.228) esclarecem que inter/multiprofissional é quando há mais de um profissional envolvido, diferente de multidisciplinariedade (disciplinas que abordam o objeto sem relações), interdisciplinariedade (relação de disciplinas a partir de relação hierárquica de uma disciplina integradora e coordenadora de disciplinas que recombina seus elementos internos) e transdisciplinariedade (integração dos diferentes níveis e relações entre as disciplinas, com tendência à horizontalização das relações de poder e criação de campos novos de conhecimento) (MELO, Ana Inês; ALMEIDA, Gláucia Elaine Silva. Interdisciplinariedade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional. In: Novos espaços ocupacionais do Assistente Social. 2000, p.228).

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do HU;
- Favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, garantindo uma abordagem globalizada à pessoa atendida no HU;
- Desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença;
- Favorecer ao paciente, condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;
- Favorecer ações educativas de saúde à comunidade universitária e à população atendida.

As ações do assistente social no Hospital Universitário estão alicerçadas nos eixos norteadores para as ações profissionais descritos por Miotto (2003 apud LIMA, 2004, p.06):

- **Processos Sócio-Assistenciais:** A intervenção orientada para atenção direta com os usuários, privilegiadamente no contexto institucional e o processo interventivo se realiza a partir de demandas singulares. Objetiva responder demandas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram este processo ações sócio-educativas, sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e sócio-periciais<sup>33</sup>.
- **Processos de Planejamento e Gestão:** A intervenção consiste no desenvolvimento de ações voltadas para organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços, gestão da informação e gestão de recursos humanos.
- **Processos Político-Organizativos:** Área de trabalho que tem como principal objeto, a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltada para o fortalecimento da sociedade civil.

---

<sup>33</sup> As ações sócio-periciais têm por objetivo elaborar parecer social que, subsidiarão a decisão de outrem. As ações sócio-emergenciais visam atender às demandas que se revestem por um caráter de emergências que estão, por sua vez, relacionadas às necessidades básicas e de urgência das famílias. As ações sócio-terapêuticas são aquelas ações desenvolvidas diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal. Estas situações sintomáticas se manifestam através dos membros das famílias (dependência química, alcoolismo, doenças mentais e físicas) e das relações destrutivas que esses membros estabelecem entre si, ou com a sociedade (atos infracionais, por exemplo). As ações sócio-educativas consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, busca por alternativas e resolutividade para a demanda do usuário, contribuindo para que ele estabeleça de maneira autônoma a sua própria *forma de caminhar* com intenção de alterar a situação de sofrimento que vem vivenciando, bem como, a longo prazo, remetê-lo para a participação em Processos Político-Organizativos (MIOTTO, 2003 apud LIMA, 2004, p.07).

Cabe ressaltar que, as ações do eixo dos Processos Político-Organizativos não assumem posição de destaque nas ações do Serviço Social no HU.

Para atendimentos emergenciais o Serviço Social conta com apoio da Associação Amigos do HU (AAHU), que disponibiliza ajuda financeira ao serviço para compra de cestas básicas, passagens de ônibus, medicamentos, roupas (brechó), material de higiene, entre outros.

Conta também com quantia de Suprimentos de Fundos para aquisição de medicamento, cesta-básica e fraldas. Também são fornecidos passes de transporte coletivo para atendimento aos pacientes de alta (HU, 2006).

### *3.1.2.1 O processo de trabalho do Assistente Social na Neonatologia*

O Serviço Social compõe a equipe da Maternidade e da Neonatologia desde a implantação das mesmas. Atende o binômio mãe-filho dentro da filosofia de humanização, em equipe multidisciplinar com a medicina, enfermagem, psicologia e nutrição.

Orienta-se pelos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade, socialização e defesa de direitos, humanização, compromisso com o fortalecimento do SUS, defesa de modelo assistencial centrado no usuário e articulação docente-assistencial (MOSCON, 2007).

Na Unidade de Neonatologia, o Serviço Social desenvolve o projeto de atendimento às demandas socioassistenciais dos RNPT (ou com alguma enfermidade) e suas famílias, bem como o subprojeto de atenção humanizada ao RNPT – Método Mãe Canguru, onde já é realidade a primeira e a terceira etapa - conforme descrito na Seção II, subitem 2.2.1. Tem, portanto, como público alvo, os recém-nascidos e suas famílias.

Ações desenvolvidas pelo assistente social na Unidade de Neonatologia (MOSCON, 2007):

- Orientar as famílias sobre alojamento no hotelzinho<sup>34</sup>, regras institucionais, acompanhamento do RN;

---

<sup>34</sup> Local destinado ao alojamento das mães (já com alta hospitalar) de RN prematuro internado na Neonatologia. Dá-se preferência para as mães que estão amamentando e oriundas de outros municípios, que tenham dificuldade em ir e vir diariamente, para acompanhar o seu bebê.

- Realizar visita aos leitos da Neonatologia para acompanhar a internação de RN prematuros e/ou com outras intercorrências, levantando informações a partir de consulta aos prontuários;
- Contatar com a equipe profissional para obter informações gerais (clínicas, emocionais) dos RNs e famílias;
- Entrevistar mães/familiares de RN para estudo social, atendimento de demandas sócio-assistenciais e devidos encaminhamentos e orientações sobre direitos sociais, programas e benefícios sociais, como Auxílio Maternidade, Bolsa Família, Licença Maternidade, etc;
- Realizar encontro semanal com as mães dos RNs prematuros alojadas no hotelzinho, a fim de facilitar sua convivência e atender demandas sócio-assistenciais do grupo;
- Realizar articulações com prefeituras dos municípios e redes sociais (postos de saúde, escola, CRAS para acompanhamento dos RNs/famílias durante internação e pós-alta hospitalar);
- Registrar informações e fazer estatística dos atendimentos;
- Participar das reuniões quinzenais do Grupo Interdisciplinar da Neonatologia (GINEO);
- Fortalecer o trabalho em rede com municípios em consonância com o SUS, privilegiando ações de referência e contra-referência no conjunto das ações desenvolvidas.

As ações sócio-emergenciais do eixo sócio-assistencial são as que constituem a maioria das ações do assistente social no atendimento. Como exemplo, tem-se a distribuição de cestas básicas, fornecimento de medicamentos, enxovaizinhos, kit higiene, vale-transporte e vale-alimentação para as famílias com maior vulnerabilidade.

Várias também são as ações realizadas de caráter sócio-periciais (laudo situacional, parecer social de RN internados e ou das famílias para anexar no prontuário dos mesmos, conforme solicitação de outros profissionais internos ou externos ao hospital) e as ações sócio-educativas (orientações sobre alojamento no hotelzinho, acompanhamento e visitas para os RNs, normas e rotinas institucionais, altas hospitalares, direitos sociais como licença-maternidade, licença-paternidade, auxílio-natalidade e funeral, métodos contraceptivos, planejamento familiar, registro de nascimento, óbitos, direitos do paciente, etc.) além de articulação e encaminhamentos para redes como Postos de Saúde, Conselho Tutelar, Secretarias de Saúde, escolas, ao

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Prefeituras Municipais, ONGs, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros.

As formas de registro são os prontuários e as folhas de evolução dos pacientes, as fichas de atendimento (ANEXO B), as atas e relatórios das reuniões, o diário de campo da assistente social.

A análise e avaliação das informações são feitas por meio de reuniões, relatórios, quadros estatísticos, previstas mensal e anualmente. Quinzenalmente acontecem reuniões técnicas entre as assistentes sociais principalmente para discussão de assuntos administrativos e troca de informações sobre projetos.

Para desenvolver suas ações, o assistente social necessita de instrumentos e técnicas. Por meio desses instrumentos e técnicas, o assistente social pode identificar as vulnerabilidades sociais dos RNs e famílias e também realizar ações eficazes no seu enfrentamento.

Sarmiento (1994, p.10) expõe, que “o homem transforma o objeto obedecendo às finalidades, valendo-se para tanto, de instrumentos que ele mesmo usa e fabrica, onde a razão que elabora o próprio uso e fabricação reforça o trabalho humano” e acrescenta, que a técnica:

É o modo pelo qual o homem faz com que seu conhecimento opere, objetive-se sobre as coisas [...] como um ato político, a técnica vai sendo recriada de modo a atender melhor a realização de tarefas. É na prática e através da técnica que o homem vai conhecendo e ao mesmo tempo transformando (SARMENTO, 1994, p.16).

Baseando-se no autor, as técnicas mais utilizadas no processo de trabalho do assistente social da Neonatologia são as *técnicas de apoio* (que pressupõe a escuta qualificada, a partir da concepção do sujeito como portador de direitos), as *de catarse* (deixando a pessoa à vontade, confiante para falar sobre suas inquietações) e as *de discussão reflexiva* (essa técnica visa questionar o sujeito em sua própria condição buscando e ou evidenciando análises no nível em que se encontram).

Sarmiento (1994, p.17) cita como instrumentos, o relacionamento, a informação, a entrevista, a reunião, a abordagem, a observação e a visita domiciliar.

Dentre estes, apenas a visita domiciliar e a reunião não se constituem como instrumentos diários no processo de trabalho do assistente social na Neonatologia.

As reuniões sistemáticas semanais são com as mães que estão alojadas no hotelzinho e com a equipe interdisciplinar da Neo. A visita domiciliar fica restrita a casos de maior vulnerabilidade possivelmente devido à falta de recursos humanos.

É por meio do relacionamento que o assistente social toma conhecimento da situação, da realidade dos sujeitos. Está envolvida nesse processo, a eliminação de preconceitos, saber ouvir e observar as atitudes do sujeito e a atuação profissional orientada pelos preceitos éticos, quanto às informações obtidas.

A informação ou documentação como Sarmiento (1994) também classifica, é instrumento importante. Conforme citado, as formas de registro mais utilizadas são os relatórios e diários de campo, eles permitem direcionar a ação profissional, avaliar se ela tem sido efetiva ou não. Porém, a informação verbal é aquela mais recorrente, uma vez que as ações predominantes são as de caráter sócio-educativas e que tem na linguagem verbal marca característica dos assistentes sociais.

A abordagem, por ser um contato intencional de aproximação, uma forma de apresentar-se, relacionar-se com os sujeitos, é fundamental para o estabelecimento de um vínculo de confiança entre sujeitos e profissionais, o que é fundamental para que ocorram os atendimentos futuros.

A entrevista inicial é feita com a mãe ou familiares a partir do momento em que o RN é internado na UTI-Neo e é acompanhada da observação. Visa uma aproximação com a mesma, conhecer, identificar aspectos da realidade sociofamiliar dos RNs, identificando possíveis vulnerabilidades familiares.

As entrevistas são realizadas na sala do Serviço Social ou no hotelzinho, observando-se a garantia da privacidade dos sujeitos atendidos. A entrevista é registrada na ficha cadastral de atendimento do Serviço Social e posteriormente alimentada com novas informações e encaminhamentos demandados.



## 3.2 IDENTIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADES SOCIAIS DE ALGUMAS FAMÍLIAS ATENDIDAS E AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO SEU ENFRENTAMENTO

### 3.2.1 Especificação do estudo

Como já exposto anteriormente, este estudo tem como objetivo indicar alternativas de ação ao Serviço Social do HU visando minimizar as vulnerabilidades sociais dos RNs prematuros, a partir da compreensão dos sujeitos na sua totalidade, pertencentes a uma classe social e como sujeito histórico de direitos.

Trata-se de um estudo investigativo uma vez que, não se finda com o fato de simplesmente coletar dados, mas, procura superar a aparência dos fenômenos (vulnerabilidade na prematuridade unicamente biológica, como determinante de vulnerabilidade familiar, por exemplo) colocando o conhecimento adquirido a serviço dos sujeitos sociais.

### 3.2.2 Instrumentos e coleta de informações

Os instrumentos técnicos que possibilitaram essa investigação foram: a entrevista, desenvolvida através do diálogo com as mães/famílias dos RNs no momento da internação (conforme descrita anteriormente), bem como durante todo período de permanência, além da observação. Discutiu-se com os profissionais integrantes da equipe da Neonatologia sobre evolução de cada RN com extremo baixo peso, sujeito desse estudo. Realizou-se a análise de documentos, como fichas cadastrais e prontuários dos RNs, diário de campo e relatórios de reuniões.

A coleta das informações referentes aos RNs ocorreu durante o período de estágio (de abril a julho de 2007) e posteriormente ao término do estágio, com novas visitas à UTI-Neo e contatos com o Serviço Social na Maternidade do HU.

### 3.2.3 Amostra e caracterização

O número de RNs internados na UTI-Neo do HU de abril a julho de 2007 foram oitenta e sete (87)<sup>35</sup> no total. Deste universo, vinte e duas (22) famílias foram àquelas acompanhadas pela autora, sendo a entrevista inicial com a mãe/famílias registrada nas fichas de atendimento do Serviço Social da Maternidade<sup>36</sup>.

Convém ressaltar que, em um dos casos acompanhados, a ficha de atendimento já havia sido preenchida anteriormente ao ingresso da autora no local de estágio.

Para a realização do presente estudo foi selecionado como amostra, seis (06) famílias de recém-nascidos prematuros, as quais correspondem à totalidade dos nascimentos de bebês com extremo baixo peso (inferior a 1000 gramas) e cujas entrevistas iniciais foram registradas nas fichas de atendimento do Serviço Social. Recordar-se que, são os RNs com extremo baixo peso os que exigem maior acompanhamento médico por serem mais vulneráveis a complicações no seu desenvolvimento motor e psicossocial, conforme descrito na I Seção, subitem 1.2.2.

O período médio de internação desses RNs e do respectivo acompanhamento foi de 93 dias. Cabe lembrar que dois RNs da amostra continuam internados na UTI-Neo<sup>37</sup>.

Para a caracterização das seis famílias de recém-nascidos com extremo baixo peso utilizou-se os seguintes tópicos de análise:

- Peso do RN;
- Número de filhos;
- Procedência (Grande Florianópolis ou outro Município);
- Situação habitacional (própria, alugada, cedida);
- Renda familiar;
- Ocupação dos pais;
- Situação de trabalho (formal, informal, contratação temporária);
- Nível de instrução dos pais.

As informações referem-se ao declarado pelas mães no momento da entrevista inicial quando da internação dos RNs. Todos os RNs compõem famílias nucleares.

---

<sup>35</sup> Informação obtida por meio de consulta documental no Livro de Registros da UTI-Neo do HU em 20 out. de 2007.

<sup>36</sup> Cabe ressaltar que, não são em todos os atendimentos que essa entrevista é feita, os casos não registrados, geralmente referem-se ao curto período de internação do bebê, quando se faz somente para observação nas suas primeiras horas de vida.

<sup>37</sup> Informações obtidas por meio de visita à UTI-Neo no dia 22 de outubro de 2007.

**Quadro 09:** Caracterização da amostra

	<b>Família 1*</b>	<b>Família 2</b>	<b>Família 3</b>
<b>Peso do RN</b>	940g	610g	790g
<b>Número de Filhos</b>	01	01	01
<b>Procedência</b>	Florianópolis	Florianópolis	Outro Município
<b>Habitação</b>	Própria	Própria	Alugada
<b>Renda (Salários Mínimos)</b>	Inferior a 03	3,5	3,3
<b>Ocupação:</b> Mãe Pai	Pedagoga Montador de móveis	Doméstica Professor	Aux. de produção Aux. de produção
<b>Situação de trabalho:</b> Mãe Pai	Contrato temporário Desempregado	Formal Contrato temporário	Formal Formal
<b>Nível de instrução:</b> Mãe Pai	Superior completo Médio completo	Fund. Incompleto Superior Completo	Fund. Completo Fund. Completo

	<b>Família 4</b>	<b>Família 5</b>	<b>Família 6</b>
<b>Peso do RN</b>	950g	700g	535g
<b>Número de Filhos</b>	01	02	03
<b>Procedência</b>	Outro Município	Outro Município	Florianópolis
<b>Habitação</b>	Alugada	Cedida	Alugada
<b>Renda (Salários Mínimos)</b>	4	4	Inferior a 3
<b>Ocupação:</b> Mãe Pai	Do lar Estabelecimento comercial próprio	Caixa mercado Pintor	Recepcionista Auxiliar de laboratório
<b>Situação de trabalho:</b> Mãe Pai	** **	Formal **	Formal Formal
<b>Nível de instrução:</b> Mãe Pai	Sup. Incompleto Médio Completo	Médio Completo Médio Completo	Fund. Completo Superior Incompleto

Quadro elaborado pela autora.

Fonte: Ficha de atendimento do Serviço Social da Maternidade do HU, 2007.

\*Para identificação das famílias, garantindo-se o sigilo, utilizou-se os numerais de um a seis.

\*\* Informação não declarada.

### 3.2.4 Análise dos dados

No processo de acompanhamento e orientação às famílias desde a internação até a pós-alta percebeu-se, por meio de linguagem verbal e não verbal, especialmente das mães durante as entrevistas e diálogos, que esse momento de suas vidas causava angústia e sofrimento, que certamente não advinham exclusivamente do fato de ter tido uma criança prematura.

Suas angústias e preocupações eram atribuídas ao fator socioeconômico que permeava suas vidas.

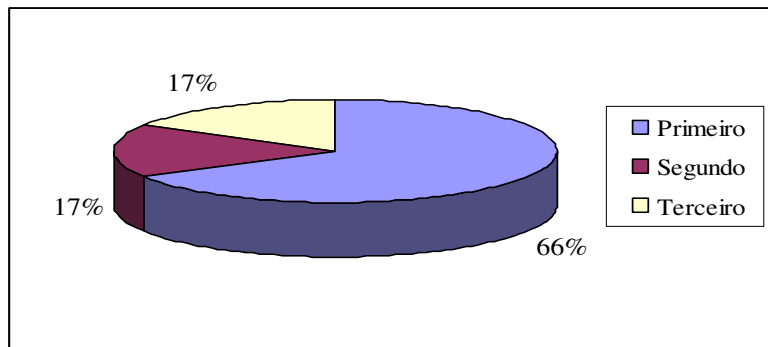
A prematuridade não era apontada como vilã dessa situação, mas um agravante, na medida em que a família já possuía histórico de vulnerabilidades sociais.

Levando-se em consideração que as vulnerabilidades sociais, já conceituadas na primeira seção deste estudo, são conseqüências das novas relações no mundo do trabalho, das relações sociais e produtivas, os recém-nascidos e famílias consideradas vulneráveis referem-se àqueles com presença de uma das variáveis: mãe adolescente sem menção de companheiro ou de rede de apoio familiar; elevado número de filhos; dependência química dos pais; passagem da família pelo Conselho Tutelar; desemprego dos pais; presença de analfabetismo ou pouca escolaridade; HIV; precariedade das condições de trabalho dos provedores do núcleo familiar (informalidade, empregos precários com renda mínima); precárias condições habitacionais e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, cultura e lazer.

A identificação das vulnerabilidades familiares dentre a amostra, se fará por meio da análise dos gráficos com as seguintes variáveis:

**Quadro 10:** Variáveis analisadas indicativas de vulnerabilidade social

Número de Filhos
Procedência
Situação Habitacional
Situação de Trabalho dos Pais
Nível de Instrução dos Pais
Renda Familiar



**Gráfico 1: Número de filhos**

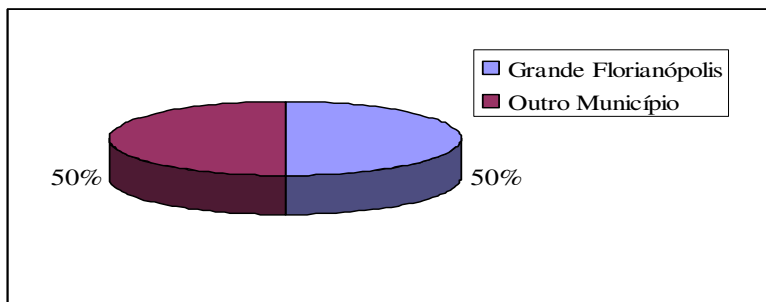
Gráfico elaborado pela autora.

O número de filhos, bem como dos membros que constituem uma família, podem ser indicativos de vulnerabilidade, uma vez que as exigências, as necessidades da família, de recursos financeiros, tendem a aumentar respectivamente com o aumento dos mesmos.

Na maioria das famílias (66%) o RN é o primeiro filho, em uma (16%) o RN é o segundo filho e novamente em uma das famílias ele corresponde ao terceiro filho.

Confirmando os índices do PES (2006, p.26) houve redução do número de filhos nas famílias catarinenses passando de 3,8 filhos em 1980 para 1,8 filhos em 2002, um declínio de 52,6%. O fato preocupante é que, com apenas um filho estas famílias já enfrentam dificuldades financeiras para garantir o seu sustento, o que futuramente tende a se agravar com a chegada de novos infantes.

Conforme Cervení (1997) a chegada dos filhos pequenos compreende a “fase de aquisição” a primeira etapa do ciclo do jovem casal, bem como a busca de um lugar para morar, o emprego que proporcione condições de sobrevivência, os acessórios domésticos, entre outros e acrescenta que, “essa fase dura às vezes muitos anos para alguns casais, que retardam a vinda dos filhos até terem garantido uma estabilidade econômica e/ou emocional que julguem adequada para o sucesso da parentalidade” (CERVENY, 1997, p.13).



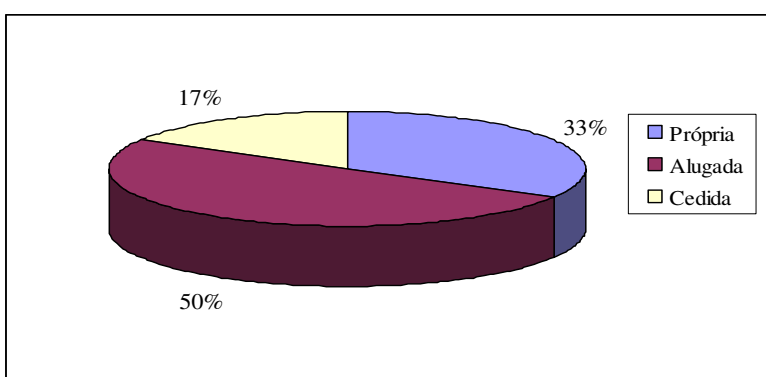
**Gráfico 2: Procedência**

Gráfico elaborado pela autora.

Exatamente 50% das famílias são do Município de Florianópolis e as demais 50% são de outros Municípios.

O não acesso ou o acesso dificultado aos serviços de saúde, de média e alta complexidade, como é o caso dos RNs com extremo baixo peso, pode representar vulnerabilidade à criança, uma vez que a família precisa se deslocar para onde estão concentrados estes serviços. Os pais precisam deixar o trabalho, os demais familiares e percorrer longas distâncias, alugar-se em uma cidade desconhecida e permanecer ali por vários meses até a alta do RN e posteriormente retornar para as consultas e exames prescritos pela equipe médica.

Como indica o PES (2006, p.36) na grande Florianópolis estão concentrados esses serviços com respectivamente 26% dos serviços de média complexidade e 92% dos serviços de alta complexidade de todo o Estado, enquanto que no Meio Oeste e Sul os serviços de alta complexidade correspondem a menos de 1% do total.



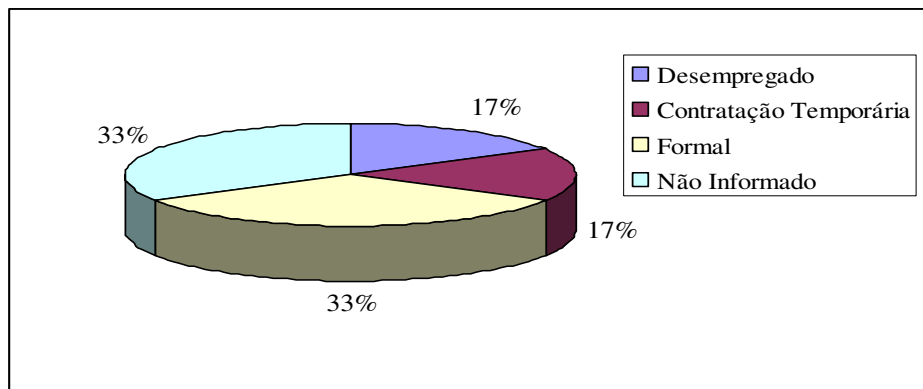
**Gráfico 3: Situação Habitacional**

Gráfico elaborado pela autora.

A situação habitacional é importante indicativo de vulnerabilidade por constituir-se futuro lar do recém-nascido prematuro.

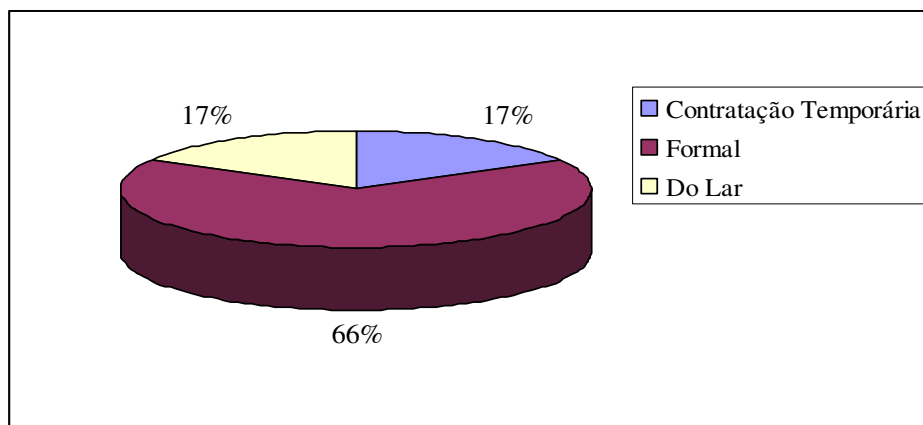
Metade das famílias (50%) pagam aluguel, duas delas (33%) possuem casa própria e uma (17%) mora em habitação cedida por parentes, ou seja, para 67% a aquisição da casa própria ainda não é realidade.

Convém lembrar que, se metade das famílias paga aluguel, grande parte da renda familiar já está comprometida a isso, a situação de vulnerabilidade pode ainda agravar-se caso a mãe, por exemplo, precise deixar o emprego para se dedicar ao recém-nascido.



**Gráfico 4: Situação de Trabalho do Pai**

Gráfico elaborado pela autora.



**Gráfico 5: Situação de Trabalho da Mãe**

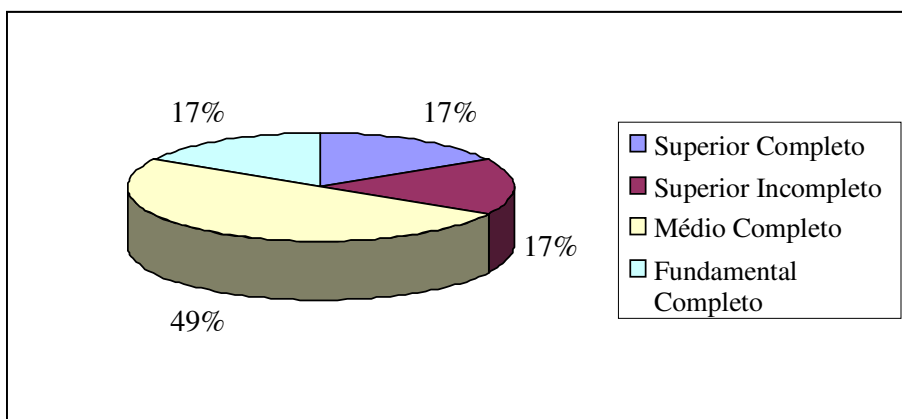
Gráfico elaborado pela autora

Quanto à situação de trabalho dos pais, 33% deles e 66% das mães são trabalhadores formais. Além destes, uma mãe (17%) e um pai possuem contrato temporário. Destaca-se aqui um dado relevante uma vez que ambos são os únicos que possuem ensino superior completo. Como já exposto na I Seção (subitem 1.1), essa situação pode ser considerada como reflexo da reestruturação produtiva do capital, onde aumentam o número de contratações temporárias e há diminuição dos empregos estáveis.

Um pai (17%) afirmou estar desempregado e uma das mães (17%) apenas, afirmou não possuir atividade profissional fora do lar.

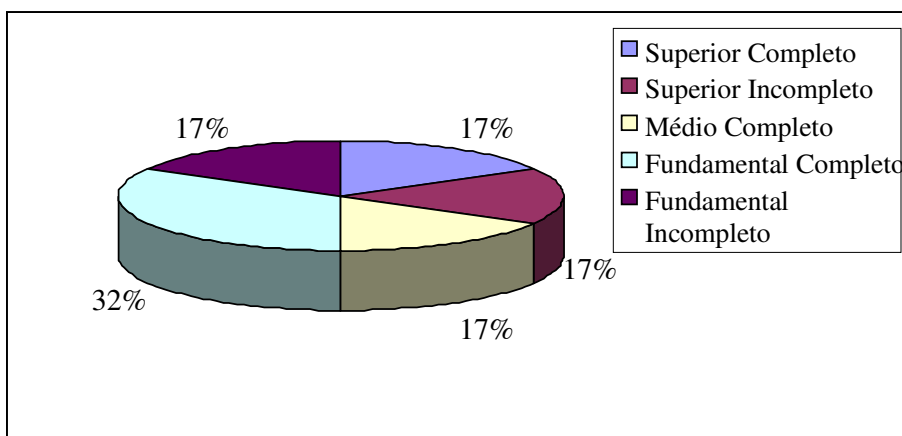
Apesar da maioria dos pais e mães afirmarem que possuem emprego formal, com carteira assinada e direitos trabalhistas garantidos, essas famílias ainda podem ser consideradas como vulneráveis uma vez que a renda dos provedores decorrente deste trabalho não ultrapassa quatro salários e que têm como ocupações: empregada doméstica, auxiliar de produção, recepcionista, caixa de supermercado, pintor, auxiliar de laboratório entre outros.

Pelo menos três mães que possuem emprego das seis famílias, afirmaram que precisarão deixá-lo para poder cuidar do filho, uma vez que o RN exige cuidados por período superior ao tempo concedido pela Licença Maternidade. Isso ocorrendo, a renda familiar certamente diminuirá tornando a situação econômica ainda mais difícil para estas famílias e aumentando sua vulnerabilidade.



**Gráfico 6: Nível de Instrução do Pai**

Gráfico elaborado pela autora.



**Gráfico 7: Nível de Instrução da Mãe**

Gráfico elaborado pela autora



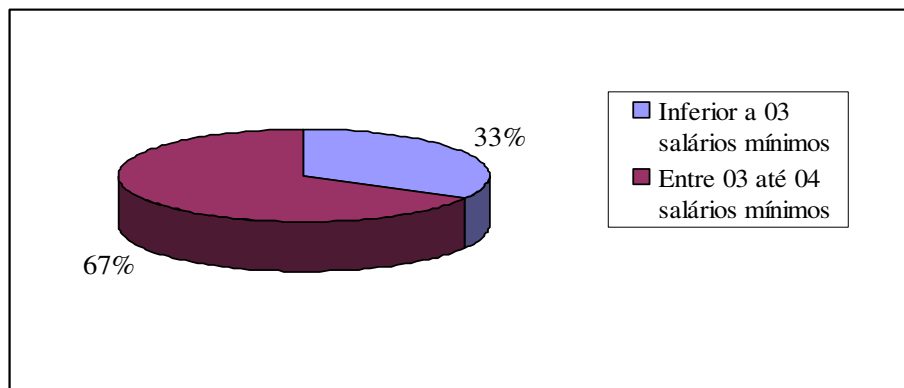
O nível de instrução entre as famílias atendidas é também fator determinante das vulnerabilidades familiares, pois ele está diretamente relacionado à oportunidade de emprego e renda.

Lembra-se que os irmãos dos RNs em idade escolar encontram-se inseridos em instituições de ensino.

A maioria das mães (32%) possui o ensino fundamental completo, uma apenas (17%) o possui incompleto. O que predomina entre os pais, é o ensino médio completo (49%). O PES (2006, p.30) afirma que 52,4% da população catarinense possui oito anos ou mais de estudo, esta informação é então, confirmada na amostra analisada.

Apenas um pai (17%) e uma mãe da amostra possuem o ensino superior completo, igualmente um pai e uma mãe o possuem incompleto.

Apesar de dispor do ensino superior completo, as famílias cujos pais o possuem ainda inserem-se nesse quadro de famílias com vulnerabilidades, pois numa delas, a mãe que o possui é a única provedora da renda familiar, lembrando que os contratos são temporários, sem garantia de renovação.



**Gráfico 8: Renda Familiar**

Gráfico elaborado pela autora.

A renda de 33% das famílias é inferior a três salários mínimos, as demais (67%) recebem entre três até quatro salários mínimos.

Nenhuma família possui renda que ultrapasse quatro salários mínimos, o que representa ser insuficiente para suprir as necessidades básicas dos membros.

Conclui-se que, as vulnerabilidades dos recém-nascidos com extremo baixo peso são reflexos das vulnerabilidades sociais familiares, ante a vulnerabilidade biológica de sua condição.

Elas são decorrentes do aumento da pobreza, da precariedade, da informalidade, da desproteção do mundo do trabalho, consequência da lógica neoliberalista do atual sistema produtivo que privilegia o econômico em detrimento do social, dos precários investimentos em saúde, em educação, em habitação, em cultura e lazer.

Esses serviços estão muitas vezes dispostos no mercado, acessíveis somente aos que possuem poder aquisitivo para tal.

Todas as famílias, selecionadas como amostra, encontram-se em situação de vulnerabilidade, seja por não possuir renda suficiente para as necessidades básicas, seja por não possuir habitação própria e com isso comprometendo boa parte da renda familiar ou por ter acesso dificultado aos serviços de saúde de média e alta complexidade, como exige a prematuridade.

As variáveis atividade profissional, emprego e renda são palavras-chave para a determinação e para reverter essas vulnerabilidades familiares, estando proporcionalmente relacionadas ao nível de escolaridade dos membros da família.

### **3.2.5 Como o assistente social pode contribuir para minimizar as vulnerabilidades sociais dos recém-nascidos prematuros?**

A partir desse estudo investigativo acerca das vulnerabilidades sociais das famílias e dos RNs prematuros, pode-se concluir que as alternativas para minimizá-las passam necessariamente por melhorias nas políticas de saúde e de assistência, visando fortalecer as famílias e tornando-as auto-sustentáveis.

Os assistentes sociais, como profissionais que elaboram, implementam, executam e avaliam estas políticas sociais, também podem contribuir para minimizar estas vulnerabilidades.

Para tanto, é necessário que os serviços sociais aos quais os assistentes sociais articulam (Conselho Tutelar, Unidades, Centros e Secretarias de Saúde, CRAS, Programas Assistenciais das Prefeituras), funcionem. Um exemplo percebido dessa deficiência durante a prática de estágio no HU é a verba destinada para fins emergenciais ao plantão do Serviço Social, que acaba sendo utilizada constantemente com demanda por vale-transporte aos pais dos RNs até sua residência, pois os CRAS (responsáveis por esse serviço) não têm verba para tal.

Dessa situação, compreende-se que, houve uma descentralização da Assistência Social, porém sem o devido repasse de recursos financeiros para que tais serviços sejam efetivos.

É necessário que as políticas de saúde - incluem-se aqui a educação, a habitação, a alimentação, o trabalho, a segurança, a cultura e a participação popular na organização, gestão e controle dos serviços públicos, como preconiza o SUS - e de assistência, sejam prioridade na agenda política dos governantes.

Como visto, o nascimento de uma criança prematura requer cuidados especiais e profissionais qualificados para acompanhamento médico e psicossocial sistemáticos, talvez por toda a vida, dependendo das possíveis seqüelas decorrentes desse nascimento, além de infra-estrutura que possibilite durante o desenvolvimento, o estímulo e a interação social dessa criança, em escolas e centros de lazer.

Esse acontecimento em famílias já economicamente menos privilegiadas reforça a vulnerabilidade social dessas crianças. Como esses pais farão para ir e vir ao hospital acompanhar esse RN que ficará em UTI-Neo por meses? E se esses serviços de média e alta complexidade não estiverem próximos à sua cidade? Após o término da Licença Maternidade, como a mãe cuidará/acompanhará essa criança? Se a mãe deixar o emprego, quem complementar a renda da família para que ela dê conta de sua sobrevivência?

As famílias precisam sentir-se confiantes, amparadas nesse momento tão difícil, e o Estado como co-responsável na sua sobrevivência e manutenção, deve fornecer esse amparo por meio de políticas de assistência e de saúde.

Os assistentes sociais são agentes potenciais de mudanças nos serviços de saúde, e que podem contribuir para minimizar as vulnerabilidades dos RNs e famílias, na medida em que suas ações reforcem a luta pela expansão dos direitos das famílias e de seus membros, orientando-as e esclarecendo-as sobre seus direitos, socializando informações, favorecendo a autonomia dos sujeitos, na mediação entre estes e a instituição.

Cabe ao assistente social a luta incessante para que os direitos declarados constitucionalmente sejam garantidos, além do fortalecimento político-organizativo dos sujeitos para a reivindicação de políticas sociais que abarquem as suas reais necessidades.

Para tal, é necessário decifrar a realidade das famílias, e também das possíveis alternativas familiares e sociais de superação de suas dificuldades. A demanda por

melhores serviços de saúde não deve ser vista como demanda individual, mas uma demanda de classe, sua ação não pode ser imediatista e restrita a casos individuais, mas devem se remeter a uma visão ampla, da coletividade, incorporando os conceitos de direito/cidadão, resgatando a condição do usuário como sujeito histórico, polemizando a questão da prematuridade como expressão da questão social, que requer políticas sociais efetivas que dêem conta de respondê-la.

As melhorias nas políticas sociais passam, por exemplo, pela revisão dos critérios extremamente seletivos dos programas de transferência de renda (como o Bolsa Família) que acabam excluindo famílias de RNs prematuros que realmente necessitam dele; passa pela luta para que o auxílio natalidade (antigo benefício da Previdência Social, agora da esfera da Assistência sob responsabilidade dos municípios) embora sendo eventual, altamente seletivo e dependente do direcionamento político de alguns poucos municípios brasileiros, seja estendido como direito a todas as mulheres do país sem exceção.

Passa pela extensão do direito à Licença Maternidade e aprovação da Lei do Prematuro.

Passa também pela organização dos serviços de saúde, que não têm levado em consideração as desigualdades sociais e regionais. Os serviços de saúde de média e alta complexidade situam-se freqüentemente em grandes centros urbanos, como é o caso da assistência perinatal; são poucos os leitos e berçários de tratamento intensivo para os RNs prematuros.

Alguns fatores de risco apontados por nascimentos prematuros, como visto, já estavam presentes antes do início da gestação (baixa idade materna, baixo IMC pré-gestacional, baixa instrução) o que significa que o simples acompanhamento pré-natal possivelmente não atingirá o máximo de eficácia na prevenção desses nascimentos.

As intervenções preventivas para estes nascimentos devem anteceder o início da gestação e abarcar todas as mulheres em idade reprodutiva. Programas de combate ao tabagismo e da gravidez na adolescência, planejamento familiar, estímulo à alimentação saudável, atividade física, entre outros, poderiam reduzir a ocorrência destes nascimentos. Esse trabalho pode sim ser planejado, executado e avaliado por assistentes sociais, em projetos internos e externos à instituição.

A humanização nos serviços de saúde deve ser também luta constante do assistente social nas instituições hospitalares, pois como se percebeu, a presença de mãe/pai na

UTI-Neo, favorece a estabilidade clínica do prematuro e seu processo de crescimento e desenvolvimento é antecipado, diminuindo o período de internação e custos financeiros.

Ainda há falta de preparo da equipe neonatal para lidar com a mãe e a família, geralmente devido à formação dos profissionais centrada na fisiopatologia. O assistente social, compondo as equipes interdisciplinares, com seu olhar voltado para as necessidades sociais e vendo os sujeitos na sua totalidade deve incentivar para que os pais sejam envolvidos desde a admissão da criança na UTI-Neo, iniciando sua participação no cuidado do filho, na formação do apego e na aquisição de habilidades para a continuidade do cuidado no domicílio, que é fundamental.

O modelo de cuidado dispensado pela equipe deve priorizar a família, seu bem-estar, uma vez que com a maior sobrevivência de bebês imaturos que requerem longos períodos de internação, seguidos de assistência e suporte após a alta, será a família (para o prematuro) a primeira instância de proteção.

Cabe considerar da experiência de estágio, que há falta de interesse em investimento na saúde materno-infantil. Prova disso no HU, é a falta de recursos para implementação da segunda etapa do Método Mãe Canguru que há tempo não se torna realidade, e a falta de alguns aparelhos na UTI-Neo (como respiradores) que acabam sendo inferiores ao número de leitos disponíveis.

As demandas evidenciam também a necessidade de se ampliar o quadro atual de assistentes sociais da Maternidade, o que propiciaria melhor atendimento da demanda, como exemplo das visitas domiciliares, que acabam se restringindo aos casos “mais necessários dentre os necessários”.

## CONCLUSÃO

Este trabalho resultou da prática de estágio realizada na Neonatologia do HU sendo a problemática, suscitada a partir dos atendimentos aos RNs prematuros e suas famílias quanto a possíveis ações do assistente social para minimizar as vulnerabilidades sociais às quais eram submetidos.

Dessa forma, o trabalho foi desenvolvido através de uma investigação sobre essa temática por meio da escolha de uma amostra de seis famílias cujos RNs se classificavam como de extremo baixo peso (menor que 1000g).

O interesse pela temática deu-se devido ao nascimento prematuro que, apesar de vir sofrendo redução, ainda se constitui em fator preocupante de saúde pública, pois contribui de maneira significativa para altas taxas de morbidade e mortalidade infantil.

Os investimentos em assistência pré-natal adequada permitem diagnosticar previamente e contornar os efeitos de algumas patologias que afetam mãe e feto durante a gestação. Isso já é realidade freqüente em hospitais e centros de saúde, porém, não da forma como poderia ser, se esta fosse a prioridade do poder público.

O nascimento de uma criança prematura requer cuidados especiais e profissionais qualificados para acompanhamento médico e psicossocial sistemáticos, talvez por toda a vida, dependendo das possíveis seqüelas decorrentes desse nascimento, além de infraestrutura para posterior estímulo e interação social dessa criança, em escolas e centros de lazer.

Este estudo mostrou que 67% das famílias da amostra não possuem casa própria, residem em casa cedida ou pagam aluguel, o que compromete boa parte da renda familiar. Metade das famílias reside em outros municípios, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade.

Apenas a minoria das mães e dos pais (17%), possui ensino superior completo e nenhuma das famílias possui renda superior a quatro salários mínimos (em 33% delas a renda é inferior aos três salários mínimos) o que é insuficiente para garantir as necessidades básicas da família.

A vulnerabilidade social é expressa então na falta de emprego, de moradia, de educação, de habitação, de condições sanitárias decentes, e tem atingido cada vez mais segmentos populacionais, decorrentes do impacto da reestruturação produtiva no país. A família tem sido vista como única responsável pela proteção de seus membros, sendo

submetida a buscar pela oferta de alguns bens e serviços de saúde privados, que se apresentam disponíveis no mercado somente para aqueles com poder aquisitivo para tal.

Por meio de lutas, a sociedade civil conquistou o direito a saúde, declarado no SUS como extensão da oportunidade de trabalho, de alimentação, moradia, higiene, educação, lazer, segurança e participação popular na organização, gestão e controle dos serviços públicos.

A vulnerabilidade social na prematuridade deve ser analisada também na perspectiva desigual e limitada das políticas e serviços públicos de saúde, como consequência mais ampla que a biológica, uma vez que as causas desse nascimento são também sociais.

A partir dessa investigação acerca das vulnerabilidades sociais das famílias e dos RNs prematuros, pode-se concluir que a vulnerabilidade na prematuridade é agravada pela vulnerabilidade social da família que os RNs compõem, e que as alternativas para minimizá-las passam necessariamente pelas melhorias das políticas públicas de saúde e de assistência que atendam as reais necessidades das famílias, bem como de educação, emprego e renda visando o fortalecimento das famílias.

Quanto menos políticas públicas de proteção (escolas, creches, centros de lazer, serviços especializados, vagas nos postos de saúde), maior será a vulnerabilidade das famílias e seus membros. A disponibilidade de serviços de média e alta complexidade (UTI-Neonatal, aparelhos para exames, médicos e especialistas) não pode restringir-se somente aos grandes centros urbanos, mas estar acessível a toda a população.

O assistente social pode contribuir para minimizar estas vulnerabilidades na medida em que socializa informações e repassa conhecimento sobre a prematuridade e sobre os direitos sociais em saúde e assistência para as famílias dos RNs prematuros; na medida em que prioriza ações de caráter sócio-educativos que antecedem a gravidez (sobre atenção básica, planejamento familiar, alimentação saudável, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência) e que podem reverter quadros de prematuridade e melhorar a saúde reprodutiva da população; na medida em que procura garantir a humanização nos atendimentos, a proteção da família na ótica da totalidade e na medida em que procura fortalecer a organização política da sociedade, a inserção em Conselhos e Fóruns de Saúde, pois são instrumentos que possibilitam pressionar governantes a investir em políticas de saúde materno-infantis.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam; PINHEIRO, Leonardo Castro. Violência e Vulnerabilidade Social. In: FRAERMAN, A. **Inclusión social y desarrollo: Presente y futuro de La Comunidad Ibero Americana**. Madri: Comunica, 2003. Disponível em: <<http://www.observatorio.ucb.unesco.org.br>>. Acesso em 13 jun. 2007.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M; ALMEIDA, E. S. (Orgs.). In: **Gestão de serviços de saúde – descentralização/municipalização do SUS**. SP: Edups, 2001, p. 14-49.

ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo, Boitempo, 2006.

BILLAR, A. Z. **O Serviço Social e as demandas das famílias dos recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**. 2007, 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), UFSC, Florianópolis, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.

\_\_\_\_\_. **Indicadores e Dados Básicos – IDB**, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/idb/>>. Acesso em: 22 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Radar 2006. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>. Acesso em: 31 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres**. Disponível em: <[http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sepm/](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/)>. Acesso em: 30 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://www.sedese.mg.gov.br>>. Acesso em: 06 jun. 2007.



CALDERÓN, Adolfo Ignacio; GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira. Família: a crise de um modelo hegemônico. **Serviço Social e Sociedade n. 46**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 21-34.

CAMPOS, M. S. **A construção de redes de pesquisa sobre a família**. (Mesa redonda). Congresso Internacional Pesquisando sobre a Família. Florianópolis, 24 a 26 de abril 2002, mimeo.

**CAPITAL CRIANÇA**. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: <[www.pmf.sc.gov.br/saude/index.php](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/index.php)>. Acesso em 01 set. 2007.

CARVALHO, Ana Emília Vita; LINHARES, Maria Beatriz Martins; MARTINEZ, Francisco Eulógio. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (>1500g). In: **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre- RS, n 14(1), 2001.

CATANEO, A; DAVANSO, R. **Recomendações para a implantação do Cuidado Mãe Canguru para bebês de baixo peso ao nascer**. Traduzido por Tereza Setsuko Toma. [s.i.][s.n.] 1998.

CERVENY, C. M. O; BERTHOUD, C. M. E. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. SP, Casa do Psicólogo, 1997, p.11-30.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>>. Acesso em: 19 set. 2007.

CONSELHO Regional de Serviço Social – CRESS. Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. **Caderno de texto n.07**. CRESS 12ª Região, 2005.

ESTATUTO da Criança e do Adolescente – ECA. **Legislação Brasileira para o Serviço Social**. CRESS-SP, 9ª Região, 2004, p.104-162.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

FALEIROS, Eva Teresinha Silveira. A Criança e o Adolescente: Objetos sem valor no Brasil Colônia e no Império. In: RIZZINI, I; PILOTTI, F. (Orgs.). **A Arte de governar crianças**. Rio de Janeiro, Instituto Interamericano del Niño, EDUSU, AMAIS Livraria e Editora, 1995, p.221-236.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal.** 10 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1961.

GRILLO, E. **Fatores de risco para nascimentos prematuros e espontâneos na maternidade do Hospital Universitário - UFSC.** 2005. 77f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Florianópolis, 2005.

GUIA da Gravidez. **Parto.** Disponível em:  
<<http://www.e-familynet.com/pages.php/PT/000/eclampsia.htm>>.  
Acesso em: 21 ago. 2007.

HOSPITAL Universitário. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 20 out. 2007.

HOSPITAL Universitário. **Planejamento do Serviço Social no HU 2007-2008.** HU, 2006.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 5ªed. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1994.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil.** Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em: 13 jul. 2007.

JOSÉ FILHO, M. css. **A família como espaço privilegiado para construção da cidadania.** Franca, 1998. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista – UNESP.

LEITE, Miriam L. Moreira. A Infância no século XIX segundo memórias e livros de viagem. In: FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil.** SP: Cortez, 1997, p.19-52.

LIMA, E. M. de. **A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis.** Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Florianópolis, 2006.

LIMA, T. C. S. **Serviço Social e Intervenção Profissional**. Texto elaborado a partir das discussões presente no Trabalho de Conclusão de Curso e nas discussões junto ao Núcleo de Estudos coordenado pela Prof<sup>a</sup> Regina Célia Tamaso Miotto – DSS/CSE/UFSC, 23/11/2004. p.14.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; BORDIN, M. B. M.; CHIMELLO, J. T.; MARTINEZ, F. E; JORGE, S. M. **Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança**. Paidéia, FFCLRP-USP, Rib. Preto, jan.-jul./2000. p.60-69.

MACIEL, Carlos Alberto Batista. A Família na Amazônia: desafios para a Assistência Social. In: **Serviço Social e Sociedade n. 71**. SP: Cortez, 2002, p. 122-137.

MANUAL MERCK. **Problemas de saúde na infância** – Prematuridade. Saúde para a família. Disponível em:< <http://www.manualmerck.net> >. Acesso em 29 jun. 2007.

MILANEZ, F. M.; PINHEIRO, C. E. A. **Fatores de risco maternos para o nascimento prematuro no HU-UFSC em 2004**. 2005. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). UFSC - Florianópolis, 2005.

MINISTÉRIO da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 set. 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**, módulo 04. O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Brasília: UnB, 2000, p.217-224.

MOSCON, N. **Plano de estágio**: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. DSS/CSE/UFSC, 2007, mimeo.

MOTA, Ana Elisabete; AMARAL, Angela. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: **A nova fábrica de consensos**. SP: Cortez, 1998, p.23-44.

NEDER, Gislene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez, Brasília: UNICEF, 2000, p.26-46.

NOGUEIRA, C. M. **A Feminização no mundo do trabalho**. Campinas, São Paulo, 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O Serviço Social na Área da Saúde. In: CRESS-SC. **Desigualdade se combate com direitos**. 2005, p.03-21.

NOVO Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, regulação social e controle democrático. In: \_\_\_\_\_ P. A. P; BRAVO, M. I. S. (Orgs.) **Política social e democracia**. UERJ: Cortez, 2001, p.25-42.

PESQUISA Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

PLANO Estadual de Saúde - PES. Governo de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano\\_estadual\\_de\\_saude/PES\\_2006.Versao\\_Final.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano_estadual_de_saude/PES_2006.Versao_Final.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2007.

PROGRAMA das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. **Pobreza e desigualdade**. (Reportagem) Brasília, 09/11/2006. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/pobreza\\_desigualdade/reportagens/index.php](http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php)>. Acesso em: 24 ago. 2007.

REIS, José Roberto Tozoni. Família, Emoção e Ideologia. In: LANE, S. T. M; GODO, W. (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. SP, Brasiliense, 2001, p.99-124.

ROSSAS, K. L. C. **Caracterização das famílias dos pacientes intensivos atendidos no CAPS-AD de Sobral**. Universidade Estadual do Vale Acaraú – UVA, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia –EFSFVS (Curso de Especialização em Saúde Mentalde), Sobral-CE, 2006.

SARMENTO, Helder Bosca de Moraes. Rediscutindo os instrumentos e as técnicas em Serviço Social. In:\_\_\_\_\_H. B. M. **Instrumentos e Técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994, p. 6-47.

SARTI, Cynthia A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R. E; VITALE, M. F. (Orgs.). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE/PUC- SP, 2003. p. 21–36.

Secretaria Municipal da Saúde- PMSP. **Saúde da criança**. [2003?]. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/ass\\_farmaceutica/0026/tropicamida\\_fenilefrina\\_retinopatias.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/ass_farmaceutica/0026/tropicamida_fenilefrina_retinopatias.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2007.

SERRA, Rose. Alterações no mundo do trabalho e repercussões no mercado profissional do Serviço Social. In: **Trabalho e reprodução: enfoques e abordagens**. São Paulo: Cortez, 2001, p.151-175.

SISTEMA Único de Saúde - SUS. Disponível em:< [www.sespa.pa.gov.br/Sus](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus)>. Acesso em: 17 set. 2007.

SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como uma experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. In: **Serviço Social e Sociedade n. 71**. São Paulo: Cortez, 2002, p.09-24.

THERBON, Göran. Tendências maritais do século XX. In: \_\_\_\_\_G. **Sexo e poder: a família no mundo 1900-2000**. Traduzido por Elisabete Dória Bilac. São Paulo: Contexto, 2006, p. 241-283.

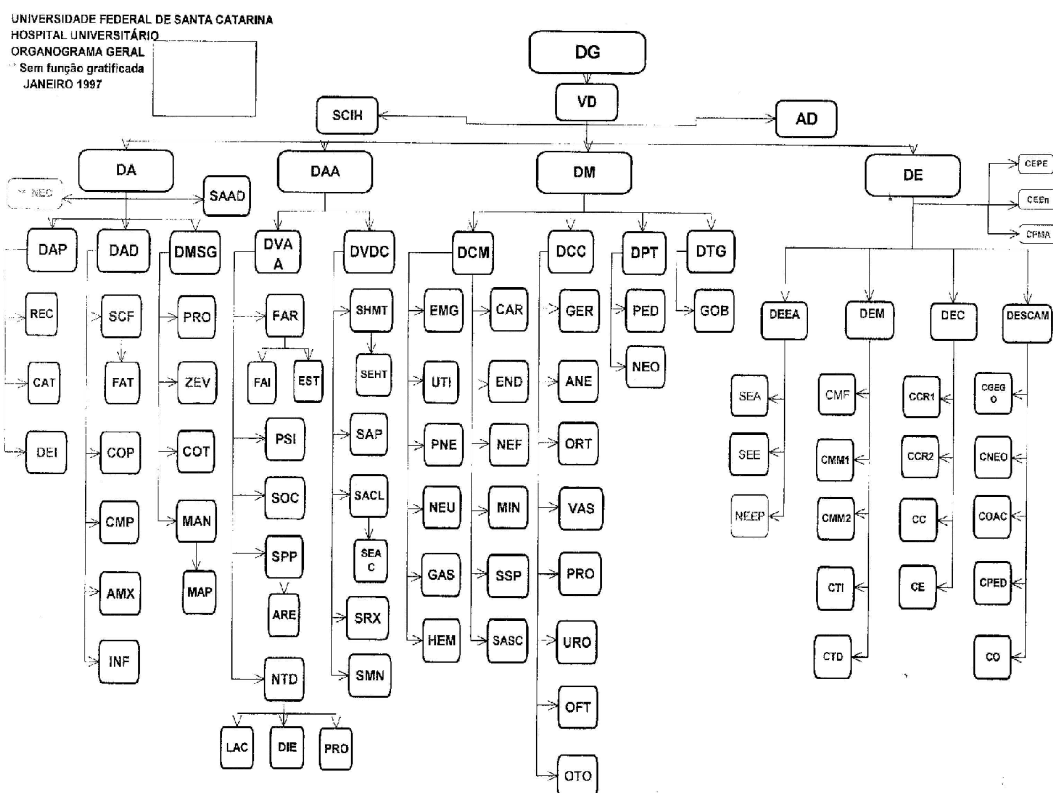
YASBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

WIKIPÉDIA. Disponível em:< <http://www.wikipedia.com.br>>. Acesso em: 29 jun. 2007.

WIKTIONARY. Disponível em: <<http://www.wiktionary.org/wiki/Especial:Search?search=responsividade&fulltext=Pesquisa>>. Acesso em: 27 ago. 2007.

## ANEXOS

## Anexo A: Organograma do Serviço Social no Hospital Universitário



**Anexo B: Ficha Cadastral de Atendimento do Serviço Social da Maternidade**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 MATERNIDADE DO HU  
 SERVIÇO SOCIAL  
 FICHA DE ATENDIMENTO

Nome:.....  
 Idade:.....Situação Civil:.....  
 Escolaridade:.....  
 Profissão:.....Trabalho:.....Salário:.....  
 Responsável:.....Parentesco:.....  
 Trabalho:.....Salário:.....  
 Situação  
 Habitacional:.....  
 Número de  
 filhos:.....Idade:.....  
 Número de  
 gestações:.....  
 Observações:.....  
 .....  
 .....

Data da entrevista:...../...../.....

Atendimento  
 solicitado:.....  
 .....  
 .....

Parecer e encaminhamento do Serviço  
 Social:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Retornos:.....  
 .....

Data:...../...../.....