



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional.

O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL COM AS FAMÍLIAS DOS PACIENTES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS – HC/UFTM

Daiana Cristina do Nascimento¹

Ana Cristina Nassif Soares²

Reginaldo Aparecido Nunes³

Resumo: O artigo visa tecer reflexões acerca do trabalho profissional com famílias, realizado por uma Assistente Social, inserida no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) no Hospital de Clínicas do município de médio porte. De forma integrada com a equipe multiprofissional, foram realizados dois grupos consubstanciados em um espaço de escuta ativa, acolhimento e construção de vínculo. Em um cenário permeado por práticas conservadoras, verticalizadas e de infintos retrocessos, a Assistente Social, em conjunto com a equipe multiprofissional, conseguiu fomentar mediações e intervenções, suscitando reflexões no que tange o trabalho com famílias.

Palavras-chave: Trabalho profissional. Trabalho multiprofissional. Trabalho com famílias.

Abstract: The article aims to reflect on the professional work with families carried out by a Social Worker inserted in the Integrated Multiprofessional Health Residency Program (RIMS) of the Federal University of the Triângulo Mineiro (UFTM) in the Clinical Hospital of the medium-sized municipality. In an integrated way with the multiprofessional team, two groups consubstantiated in a space of active listening, welcoming and link building. In a scenario permeated by conservative practices, verticals and endless setbacks, the Social Worker together with the multiprofessional team managed to foster mediations and interventions, provoking reflections on work with families.

Keywords: Professional work. Multiprofessional work. I work with families.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo abarca reflexões acerca do trabalho profissional com famílias, realizado por uma Assistente Social inserida no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), área de concentração da criança e do adolescente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no Hospital de Clínicas (HC), do município de médio porte. Tendo como objetivo problematizar as demandas postas, as intervenções dos profissionais, bem como as contradições e construções frente às refrações multifacetadas das expressões da questão social presentes no cotidiano profissional, na conjuntura contemporânea de sucateamento e enfraquecimento dos direitos sociais.

¹ Estudante de Pós-Graduação, UNESP/FRANCA, E-mail: daiananascimento@hotmail.com.

² Professor com formação outra áreas, UNESP/FRANCA, E-mail: daiananascimento@hotmail.com.

³ Profissional de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, E-mail: daiananascimento@hotmail.com.

A equipe multiprofissional é composta por seis profissionais pertencentes às áreas de psicologia, serviço social, terapia ocupacional e educação física, que atuam em diferentes espaços do contexto hospitalar, sendo eles: enfermagem de pediatria, berçário, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN) e ambulatório de pediatria.

A política de saúde ocupa um lugar estratégico no desenvolvimento do capitalismo na sua era financeira, via captação do fundo público, o que se materializa como perdas de direitos para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus trabalhadores, em um processo constante de flexibilização do projeto de Reforma Sanitária.

A investida do grande capital no campo da saúde pública não é recente, uma vez que a relação entre o público e o privado é histórica e marca todo o processo de construção da saúde no Brasil. De um lado estão as propostas democráticas e universais, oriundas da reforma sanitária e materializadas através da seguridade social presente na Constituição de 1988, cujos projetos corroboram com a perspectiva do Serviço Social, e de outro lado os interesses neoliberais, de livre mercado, com o movimento privatista da saúde (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Nesse contexto, o governo brasileiro, respaldado pela perspectiva neoliberal, tem voltado seus investimentos para a economia, diminuindo cada vez mais as verbas para as políticas sociais, de tal forma que não atendem todas as demandas de modo qualitativo. Com isso posto, tem-se vivenciado a privatização da coisa pública, corroborando para o desmonte dos direitos sociais conquistados, marginalizando o acesso e, conseqüentemente fortalecendo e ampliando as expressões da questão social.

As famílias, nesse contexto, assumem espaço de contradições, de negociações internas e externas no âmbito privado, sendo acometidas aos atravessamentos dos processos sociais e culturais de cada território, principalmente pelo modo de produção e seus rebatimentos. “Os padrões de sociabilidade das famílias brasileiras são definidos pelo não acesso aos meios de produção, consumo e cidadania” (NOGUEIRA, MONTEIRO, 2013).

A discussão e os debates acerca da família na sociedade brasileira estão consubstanciados ao sistema capitalista e sua ideologia pragmática do lucro desenfreado e do mercado abatedouro. Desse modo, no âmbito do concreto, da divisão de classes sociais, as famílias atendidas pertencem à classe trabalhadora, à parcela mais pauperizada, ao exército industrial reserva, além de serem nomeadas pelas suas novas configurações, na medida em que não possuem resquícios nucleares burgueses, sendo basilar a desconstrução idealizada dos comerciais, das novelas de estereótipo de família feliz, heterossexual, branca, estruturada e permeada por afago (MIOTO, 2010).

O Estado mínimo não oferece as famílias acesso aos direitos sociais, logo, aos serviços essenciais. Esta condição certamente contribui para que as mesmas não

desempenhem com adequação sua função protetiva condicionada e determinada, expondo seus membros à situação de violação de direitos. Nesse sentido, a incorporação da família como centralidade das políticas sociais brasileiras reativou o debate em torno do trabalho com famílias no âmbito do Serviço Social, posto que no decorrer da sua trajetória, precedente ao movimento de reconceituação, às intervenções profissionais estavam direcionadas para as famílias da classe trabalhadora, respaldado pelo viés positivista e funcionalista, ancoradas nos julgamentos moralistas, na culpabilização, na regulação e na apreensão imediata dos “casos de família”, como ratifica Miotto (2010).

Com as discussões da profissão baseadas na teoria social de Marx, inaugura-se uma nova forma de pensar e trabalhar família, compreendida para além da “pseudoconcreticidade” de acordo com Kosik (1976), tornando necessária a superação do imediato, a busca pela essência do fenômeno, que se materializa através da decomposição da totalidade, em um processo de mediação da parte para o todo e do todo para parte, no movimento dialético entre a singularidade, a particularidade e a universalidade, constituem a totalidade. Através desse movimento, é possível desconstruir o ideário de familiar nuclear burguesa, a visão patologizante, preconceituosa e estereotipada, imbricada de conceitos moralistas, ou seja, torna-se urgente à discussão da “flexibilização dos conceitos, papéis e lugares cristalizados”, (LAUZ; BORGES, 2013, p. 865).

2 DESENVOLVIMENTO

SERVIÇO SOCIAL: QUE PROFISSÃO É ESSA?

O modo de produção capitalista engendra antagonismos, na medida em que a apropriação das riquezas produzidas é privada, ou seja, com os avanços tecnológicos, com a regulação da produção material e da gestão da força de trabalho, a manufatura é constante, mas apenas os detentores do capital enriquecem com a extorsão dos trabalhadores.

Não obstante, o mercado não incorpora todos os sujeitos, promovendo a expansão do exército industrial reserva (ou superpopulação relativa) em larga escala, a flexibilização e terceirização das relações de trabalho inerentes à reestruturação produtiva, o desemprego estrutural e o crescimento da pauperização absoluta e relativa, no qual afeta diretamente as condições de vida dos trabalhadores e sua capacidade de organização e resistência (BEHRING; SANTOS, 2009).

Em contrapartida, o Estado que possui uma direção de classe, utiliza as políticas sociais minimalistas como proteção social para camuflar, focalizar e judicializar as condições objetivas e subjetivas de extremo pauperismo que os não detentores dos meios de produção

são acometidos. Assim, as políticas sociais existentes permanecem com abordagens fragmentadas e reparatórias, são concebidas na ideologia do favor, da ajuda, seqüela de um governo paternalista, alicerçado em intervenções filantrópicas, permanece um estado opressor, mascarado por um discurso de democracia e participação social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O Estado enseja “políticas de pobres para pobres”, reduzindo suas intervenções no campo social, apelando para a solidariedade social, optando por programas residuais, incapazes de “alterar a imensa fratura entre necessidades e possibilidades efetivas de acesso a bens, serviços e recursos sociais”, além do fortalecimento das intervenções do terceiro setor, nas quais legitimam e reforçam as alternativas privatistas para a questão social, esvaziando e descaracterizando os mecanismos da proteção social (YASBEK, 2001, p.37).

Tudo isso é resquício de séculos de vigência do capitalismo, que acumula riquezas, assim como uma massa de trabalhadores, em situação de pobreza acentuada e generalizada. Em busca da hegemonia social, o Estado cerceia as liberdades individuais, emudece os dissensos e cada vez mais a questão social e suas expressões são naturalizadas.

Iamamoto (2011, p.27) traz em seus excertos, a “questão social aprendida como o conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem sua gênese no caráter coletivo da produção”, diante disso, falar acerca dessas expressões vai além de uma trajetória unidimensional, trata-se de uma unidade de contradições e ambigüidades, conexas com as metamorfoses do modo de produção, cujos traços singulares vão depender das configurações históricas da formação econômica e política de cada território.

Pastorini (2010) ratifica em sua obra que as multifacetadas refrações da questão social apresentam novas complexidades, de acordo com o tempo histórico que se experencia, corroborando com a prerrogativa de que não existe uma nova expressão da questão social, como defendem alguns autores, mas ela apenas se transmuta. As demandas renovadas vêm tomando “ares de uma guerra civil não declarada, em um cenário de violência endêmica e de barbárie, que explodem periodicamente em situações coletivas e individuais” (BEHRING; SANTOS, 2009, p.9). Com essa mudança conjuntural no país, as expressões da questão social se intensificaram, demandando respostas concretas.

O Serviço Social nesse contexto, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, teve seu início em meados do século XVIII, na Europa. Com sua gênese atrelada ao ideário católico em um cenário de ebulição da Revolução Industrial, cuja estrutura baseada na exploração do homem pelo homem, concentrava a riqueza e os meios de produção nas mãos de uma só a classe, a burguesia. Enquanto isso, os operários e seus

respectivos núcleos familiares expostos a condições desumanas na venda da sua força de trabalho sofriam os rebatimentos no modo de produção capitalista com sua supremacia do lucro a qualquer custo.

“Toda sociedade vai se dividindo, cada vez mais, em dois grandes campos inimigos, em duas grandes classes, que se enfrentam diretamente: a burguesia e o proletariado [...] para o proletariado, a ascensão do capitalismo significa a exploração de suas próprias vidas, o dilaceramento de sua própria história (MARTINELLI, 2009, p.37).

O proletariado, classe subalterna, engendrou no interior das fábricas manifestações frente às pungentes explorações e o Serviço Social nesse cenário, eclodiu como estratégia da burguesia, do Estado e da Igreja católica para controlar tais manifestações, a fim de que ordem societária fosse estabelecida. Dessa forma, o exercício profissional dos Assistentes Sociais com viés filantrópico e assistencialista reiteravam as práticas de controle, legitimando o poder hegemônico.

No Brasil, sob a influência do Serviço Social Europeu, a profissão majoritariamente composta por mulheres emerge atrelada aos dogmas da Igreja Católica, com viés metodológico conservador no governo populista de Getúlio Vargas, em 1936, com a edificação da primeira Escola de Serviço Social, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e, em 1937 e 1938 com a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro. Os Assistentes Sociais do referido período eram eleitos a partir de características morais e comportamentais, tais como integridade moral, sentimento de amor ao próximo com os considerados miseráveis, sem nenhum teor técnico, com ações do senso comum, os profissionais contribuíam com a manutenção da ordem estabelecida.

O Brasil, apesar de ter investido cautelosamente na indústria, principalmente na têxtil, até 1930 a economia do país continuou sendo preponderantemente agrícola, centrada na agroexportação do café. No entanto, com a crise de 1929 dos Estados Unidos, o café teve seu preço reduzido no cenário internacional, acarretando na desestruturação da agricultura, na extensão do êxodo rural e, concomitantemente, em multifacetadas refrações da questão social.

Em meio ao contexto de crise supracitado, houve o declínio da Primeira República, iniciando a Era Vargas (1930-1945) consolidada através da Segunda e da Terceira República (Estado Novo), que trouxeram modificações econômicas, sociais e políticas para a realidade brasileira. Esse governo teve como primeiro objetivo conter as reivindicações da classe trabalhadora e, por conseguinte, atrair sua confiança, sendo instaurada a proteção dos trabalhadores, com a criação do Ministério do Trabalho, que regulamentou o limite da carga horária de oito horas diárias, o salário mínimo, a proibição do trabalho de menores de 14 anos, férias anuais remuneradas, o sistema previdenciário, entre outros (COUTO, 2010).

Essas medidas, introduzidas pelo Estado, contribuíram para o seu fortalecimento como órgão regulador de tudo, de modo que a participação da população nas tomadas de decisão era tolhida e, apesar das políticas sociais supraditas terem diminuído as precariedades sociais que incidiam no cotidiano dos brasileiros, elas eram entendidas como benefícios e concessões pelos indivíduos que legitimavam o governo e, conseqüentemente, permaneciam passivos, evitando qualquer tensão entre as classes. Nesse sentido, o Estado passou a intervir na regulação social mediante as políticas sociais e, com a expansão das instituições assistenciais, paraestatais e autárquicas, o Serviço Social ficou incumbido pela execução das políticas sociais instituídas.

Após o iníquo período da vigência da ditadura militar, sob influência das lutas políticas democráticas engendradas na América Latina, o Serviço Social engloba o referencial teórico metodológico marxista como norteador na construção do Projeto Ético Político Profissional, fundado na apropriação crítica das desigualdades entre as classes sociais como cerne da sociedade capitalista, alicerçada na apropriação privada da riqueza socialmente produzida através da exploração do homem pelo homem, nas complexas relações entre capital e trabalho (NETTO, 2010).

A “Virada” teve o sabor de descortinar novas possibilidades de análise da vida social, da profissão e dos indivíduos com os quais o Serviço Social trabalha. Dali em diante, a realidade em sua dinamicidade e dimensão contraditória torna-se o chão histórico prenhe de lições cotidianas por meio do protagonismo das lutas da classe trabalhadora e dos sujeitos profissionais que passaram a apreender as necessidades reais vivenciadas pela população como demandas postas ao Serviço Social. [...] É na trincheira da resistência e do enfrentamento que as entidades nacionais da categoria e assistentes sociais em diferentes recantos deste país assumiram explicitamente seu compromisso com os interesses do trabalho (CFESS, 2009, p.1).

Ao buscarem aprimoramento intelectual, os profissionais passaram a desvelar as complexidades inerentes a realidade social a partir da perspectiva de totalidade, historicidade e criticidade. Nesse sentido, o Serviço Social ao assumir as demandas concretas dos sujeitos individuais e coletivos trava uma luta pela afirmação de direitos, uma luta contra o capital, sistema esse, tutelado por um Estado privatizado, clientelista, a favor da cultura da inflação, que adia as possibilidades de reformas democráticas e ampliação do acesso aos direitos sociais, políticos e civis, nas quais atendam as necessidades complexas relacionadas à diversidade humana.

Cabe ressaltar que o Serviço Social nessa busca pela ruptura do conservadorismo e avanço na sua direção política e social, na construção do projeto profissional, aliado à defesa da classe trabalhadora e a uma nova ordem societária democrática, que rompa com a perspectiva endógena, focalista da profissão, não foi um movimento hegemônico de toda categoria profissional (IAMAMOTO, 2011).

Mas, também marcada por recuos, que podem ser identificados na postura de subserviência às imposições do mercado, definidas pelo conservadorismo, que possui expressão tanto no âmbito do exercício profissional como da formação, embora se caracterize como postura destoante da direção social, consolidada pelas entidades representativas da categoria. Esse “complexo itinerário histórico” do Serviço Social oscila entre uma prática missionária, conservadora e vinculada aos segmentos dominantes da sociedade e uma prática transformadora, renovada e comprometida com os interesses da classe trabalhadora (OLIVEIRA; CHAVES, 2017, p.144)

Os desafios estão postos cotidianamente no exercício profissional dos Assistentes Sociais, que buscam desvelar as demandas que incidem para além do imediato. Com as discussões da categoria baseadas na teoria social de Marx, inaugura-se uma nova forma de pensar e trabalhar na realidade social, essa que deve ser compreendida para além da “pseudoconcreticidade”.

Como abarca Iamamoto (2011), o Serviço Social, enquanto especialização do trabalho, encontra-se situado na contra corrente da sociabilidade do capital, se metamorfoseando de acordo com o momento histórico determinado. Possui valor de uso, em virtude da sua utilidade social, que adquire sentido no espaço das relações sociais concretas da sociedade, visto que com sua perspectiva propositiva e não apenas executiva decifra a realidade, identificando tendências que culminem em possibilidades de intervenções capazes de garantirem acesso aos direitos.

Famílias: um desafio na contemporaneidade

As famílias são compreendidas como categoria histórica, que através do movimento dialético de produção e reprodução vão se metamorfoseando, modificando, logo, transformando-a (ENGELS, 1981).

Nesse sentido, a família torna-se um espaço de mediação entre o indivíduo e a sociedade, de modo que a amplitude do seu conceito não comporta uma definição unívoca, “é justamente o saber produzido por diversas disciplinas que auxilia a pensar o conceito e o significado contextualizado do substantivo família” (NEVES, 2009, p.34). Sua composição e configuração foram atravessadas por transformações ao longo dos diferentes momentos históricos e contextos culturais, no entanto, prevalecem expectativas idealizadas e estereotipadas acerca das atribuições e posturas parentais que deveriam compor o ambiente doméstico, reforçando o modelo de família nuclear burguesa (LAUZ; BORGES, 2013).

A dimensão privada e íntima da unidade família começou a demonstrar sinais a partir do final da Idade Média, tendo em vista que na Europa, até o século XVI, as famílias viviam nas ruas, nas festas, não se isolavam (ARIÉS, 1981). O progresso nas acomodações da

vida doméstica corporificou a casa como um espaço mais reservado, deixando “de ser um mero abrigo, um refúgio contra o invasor, e se torna uma unidade social nova e compacta: a família” (NEVES, 2009, p.43-44).

O início da industrialização traz em seu bojo conversões na conjuntura brasileira, logo, nas feições familiares (OLIVEIRA, 2009). Salieta-se que a democratização dos anticoncepcionais e a aprovação do divórcio exerceram grande influência nas mobilidades das configurações familiares (KEHL, 2003). Contudo, “apesar de todas as transformações, a nova família conjugal conserva traços típicos da família anterior: o de controlar a sexualidade feminina e preservar as relações de classe” (OLIVEIRA, 2009, p. 65).

Os estudos de Santos e Oliveira (2010) certificam que a família, no transcorrer do processo sócio-histórico, abarca a subalternidade da mulher frente às ordens e relações de poderes, que perduram até a contemporaneidade. A burguesia exerce sua manipulação na construção de padrões culturais, educacionais, sexuais e conjugais nas famílias. A medicina social com seu ciclo higienista ao longo do século XIX também contribui para as alterações significativas no perfil sanitário e social das famílias. “Deve-se também levar em conta as influências das mídias e dos construtores sociais no processo de internalização a respeito de como é uma família” (LAUZ; BORGES, 2013, p. 865).

Diante das copiosas transformações retratadas, a família baseada no casamento monogâmico e na organização nuclear ainda permanece como referência predominante (LESSA,2012). Conquanto, a ascensão da construção de novos arranjos tem suscitado reflexões e provocado a desconstrução de padrões e preconceitos. Na realidade concreta, as instituições e os profissionais vêm encontrando dificuldades nas suas intervenções com as famílias, à medida que trazem para seus cotidianos de trabalho suas concepções e percepções singulares, adentrando o viés de culpabilização.

A destacar as famílias pauperizadas pelas suas configurações de não acesso aos direitos básicos, às políticas públicas, estas experienciam as diversas expressões da questão social, estando expostas ao desemprego, às flexibilizações, ao alcoolismo, ao uso de drogas, aos maus tratos, manifestações estas associadas, na maioria vezes, com as distintas faces da violência. Como efeito disso, a própria família é negligenciada e não recebe do poder público os cuidados e a atenção necessários, através do acesso aos serviços essenciais. Esta condição certamente contribui para que a família não desempenhe com adequação sua função protetiva, expondo seus membros, de modo especial crianças e adolescentes, à situação de violação de direitos.

Percurso Metodológico

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi criado em 2005, a partir da promulgação da Lei nº 11.129 e é coordenado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) regem o programa, na busca pela construção de novas práticas em saúde, baseadas na valorização dos saberes das diversas áreas do conhecimento, na compreensão dos usuários a partir da sua totalidade enquanto ser social, ou seja, para além das patologias físicas e do enquadramento hospitalocêntrico preconizados pelo modelo biomédico.

Na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde-RIMS encontra-se dividida nas seguintes áreas de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso. A Assistente Social, em conjunto com a equipe multiprofissional da área de concentração da criança, atuava na enfermaria de pediatria, berçário e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN).

Na enfermaria de pediatria os acolhimentos e as intervenções eram realizadas duas vezes na semana. No berçário e na UTI Neonatal eram realizadas em dois grupos.

Para a coleta dos dados que embasam as intervenções individuais utiliza-se ficha de acolhimento, entrevista e observação, em que são coletados dados socioeconômicos familiares, dados clínicos e gerais do paciente (criança e adolescente). Estes recursos permitem aos profissionais conhecer a realidade familiar, os sentimentos despertados com a hospitalização da criança, as expectativas e frustrações perante o diagnóstico e ao serviço de saúde.

Nos grupos as intervenções se baseiam em estratégias de educação em saúde e na abertura de um espaço de escuta ativa, acolhimento, respeito e construção de vínculo com a equipe de profissionais e com outras famílias que passam por situações semelhantes.

Em busca de um acolhimento integral às famílias, os residentes contam com as equipes de profissionais de todos os setores para a realização dos grupos e atendimentos individuais. O registro destes é feito por meio de cadernos de atas e do prontuário do paciente.

Na enfermaria de pediatria são atendidas, em média, dez famílias por semana, que permanecem no hospital por períodos curtos ou prolongados. Após realizar o primeiro acolhimento os residentes procuram atender as necessidades percebidas, através da continuidade do acompanhamento ou dos devidos encaminhamentos. O trabalho multiprofissional consiste em atender a família em sua necessidade social, emocional e clínica. Geralmente as famílias acompanhadas são das camadas populares, necessitando de benefícios disponibilizados pelo governo; esclarecimentos sobre diagnóstico,

procedimentos e prognósticos da doença da criança; além de espaços de escuta para seu sofrimento e angústia.

Estas observações são compartilhadas por Gomes e Oliveira (2012) em seu estudo, que retrata que a família se preocupa com o agravo do estado de saúde e possível morte da criança, a falta de conhecimento sobre os cuidados necessários e o medo de não receber assistência adequada e eficaz.

Os grupos do berçário, realizados no período de março a agosto de 2015, totalizaram 22 encontros, atingindo a média de 85 pessoas atendidas entre mães, pais e outros cuidadores. Nestes, os residentes multiprofissionais apresentaram diversos temas de interesse às famílias, como direitos maternos e infantis; cuidados com o bebê pós-alta; prematuridade; desenvolvimento infantil; métodos contraceptivos; controle familiar; doenças sexualmente transmissíveis; a chegada de um novo bebê à família e o papel da mulher/mãe na sociedade. As temáticas foram abordadas com as famílias através de apresentação expositiva; panfletos; jogos e construção de atividades relacionadas. Durante os encontros os indivíduos tiraram suas dúvidas e expuseram suas angústias perante a vivência no ambiente hospitalar.

Na UTI Neonatal os grupos ocorrem duas vezes na semana, somando 45 encontros no total e 100 pessoas atendidas (mães, pais e demais cuidadores). Neste espaço, o período de permanência da criança e sua família é maior, o que possibilita a criação de vínculos mais intensos. Cada grupo realizado na semana possui um enfoque, sendo que os realizados às terças são voltados à educação em saúde, com temáticas parecidas com as do berçário; os concretizados às quintas possuem um caráter mais reflexivo, onde a família encontra um espaço dedicado à escuta de seus medos, inseguranças, angústias e demais sentimentos.

Durante os encontros com as famílias, observa-se que estas buscam por profissionais orientados a acolher suas particularidades, com percepção apontada também por Melo, et al (2014, p. 438) em seu estudo:

É de fundamental importância que os profissionais de saúde se apropriem dessas mudanças e de novos conhecimentos para incorporarem nas suas práticas estratégias promotoras do envolvimento e da participação dos pais nos cuidados de saúde, de acordo com as necessidades de cada criança e família, compartilhando saberes, promovendo saúde e contribuindo para cuidados humanizados e de qualidade.

O contato com as famílias permitiu observar que a hospitalização da criança gera uma ruptura na rotina familiar, o que acarreta problemas emocionais e, às vezes, físicos, nos envolvidos. Os acompanhantes vivenciam experiências em que é necessária uma adaptação às regras do hospital, sendo submetidos a horários muitas vezes rígidos e inflexíveis para visitas. Quando é permitida a permanência junto à criança, como no caso da

enfermaria, as instalações são poucos confortáveis, o que causa sintomas físicos como dores lombares, de cabeça e fadiga.

É importante destacar que os longos períodos de internação da criança, as visitas recorrentes ao hospital, o repouso prejudicado em decorrência da preocupação com a saúde da criança e das responsabilidades assumidas nesse processo e as dificuldades financeiras e de acesso ao serviço de saúde, produzem desgaste físico e emocional ao acompanhante (Santos, et al, 2013, p. 474).

Outro assunto muito relatado pelas famílias é o sentimento de abandono pelos demais familiares ou o pesar por deixar os outros filhos com pessoas que muitas vezes não são de sua completa confiança. “O fato de ter outros filhos compromete, ainda mais, o bem estar do acompanhante, pois, além de se preocupar com a criança enferma, ainda sente culpa por não estar ao lado das que ficaram em casa” (Santos, et al, 2013, p. 475).

Portanto, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e familiares permite um empoderamento dos últimos, pois ao se reconhecerem como seres de direitos, passam a ter a possibilidade de desenvolverem suas habilidades técnicas e críticas/reflexivas.

Participar do cuidado à criança no hospital, durante sua internação, possibilita às famílias não somente desenvolverem suas habilidades técnicas. Através da sua participação no cuidado, as famílias estão conhecendo mais o cotidiano do hospital e, a partir deste conhecimento, estão desenvolvendo sua consciência crítica e sua autonomia, fortalecendo seu poder de reivindicação, tornando-se mais participativas no processo de tomada de decisões, quanto ao cuidado à criança e aptas a fazerem sugestões para sua melhoria (Xavier, et al, 2013, p. 867).

O apoio ofertado à família pelos residentes favorece o atendimento integral e humanizado preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde. A equipe de saúde surge, assim, como facilitadora para a convivência no espaço hospitalar, ao valorizar a história de vida de cada pessoa “ajudando-a a compreender o contexto em que surgiu a doença e as maneiras de enfrentamento assumidas por cada pessoa” (Santos, et al, 2013, p. 477).

3 CONCLUSÃO

O trabalho realizado pela equipe da residência multiprofissional com as famílias dos pacientes do HC-UFTM, seja no setor da Enfermaria de Pediatria, no Berçário ou na UTI neonatal e pediátrica, atinge centenas de pessoas (pais, mães, cuidadores) e as ajudam no enfrentamento de suas dúvidas e anseios relacionados ao contexto hospitalar.

Seja por meio de entrevistas ou de grupos (de educação em saúde ou reflexivos), esse contato mais próximo com as famílias fortalece a relação profissional-paciente-família possibilitando assim um maior empoderamento e senso crítico para entender a situação do paciente, a diminuição do impacto biopsicossocial da hospitalização e um atendimento mais humanizado.

Diante desses fatores, o atendimento da equipe multiprofissional se faz necessário como uma importante ferramenta de elo entre os profissionais do setor e os familiares dos pacientes ali internados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Índice elaborado pelo Instituto Paulo Freire. São Paulo, 2012.

_____. Política nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. 1.ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

_____. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde –CNRMS - Nº 2 de 13 abril/2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 abril/2012.

CHACON, M. C. M. **Família e escola**: uma parceria possível em prol da inclusão? In: AMIRALIAN, M. L. T. M. (Org.). Deficiência visual: perspectivas na contemporaneidade. São Paulo: Vetor, 2009. p. 57-70.

GOMES, G. C; OLIVEIRA, P. K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Rio Grande do Sul, vol.33, n.4, pp. 165-171, 2012.

MELO, E. M. O. P; FERREIRA, P. L; LIMA, R. A. G; MELLO, D. F; MELLO, D. F. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.22, n. 3, pp. 432-9, 2014.

SANTOS, L. F; OLIVEIRA, L. M. A. C; BARBOSA, M. A; SIQUEIRA, K. M; PEIXOTO, M. K. A. V. P. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, vol. 66, n. 4, pp. 473-8, 2013.

SOUZA, J. P. **A importância da família no processo de desenvolvimento da aprendizagem da criança**. 2012. 20f. Monografia (especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional) Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.apeoc.org.br/extra/artigos_cientificos/A_IMPORTANCIA_DA_FAMILIA_NO_PROCESSO_DE_DESENVOLVIMENTO_DA_APRENDIZAGEM_DA_CRIANCA.pdf> Acesso em: 04 set. 2015.

XAVIER, D. M; GOMES, G. C; BARLE, E. L. D; ERDMAN, A. L. A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação da criança. **Rev. Bras Enferm**. Brasília, vol 66. n. 6, pp. 866-72, 2013.