

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**GESSIANE PEREIRA CASALI**

**MULHERES E O CUIDADO DA CRIANÇA EM ÂMBITO HOSPITALAR**

**PORTO ALEGRE**

**2023**

**GESSIANE PEREIRA CASALI**

**MULHERES E O CUIDADO DA CRIANÇA EM ÂMBITO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Criança.

**Orientadora:** Carmen Lucia Nunes da Cunha

**PORTO ALEGRE**

**2023**

## CIP - Catalogação na Publicação

Casali, Gessiane Pereira  
Mulheres e o cuidado da criança em âmbito  
hospitalar / Gessiane Pereira Casali. -- 2023.  
45 f.  
Orientadora: Carmen Lucia Nunes da Cunha.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência  
Integrada Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre,  
BR-RS, 2023.

1. Mulheres. 2. Cuidado. 3. Saúde da Criança. 4.  
Compartilhamento do cuidado. 5. Cuidado em âmbito  
hospitalar. I. Cunha, Carmen Lucia Nunes da, orient.  
II. Título.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1 Breve contextualização da organização da saúde da criança no Brasil | 8         |
| 2.2 Construção dos papéis sociais: a quem é delegado o cuidado?         | 15        |
| <b>3 OBJETIVOS</b>  | <b>21</b> |
| 3.1 Objetivo geral  | 21        |
| 3.2 Objetivos específicos   | 21        |
| <b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>                                    | <b>22</b> |
| 4.1 Método  | 22        |
| 4.2 Tipo de pesquisa  | 24        |
| 4.3 Técnicas de Análise e Interpretação de Dados                        | 25        |
| 4.4 Pressupostos Éticos da Pesquisa e Socialização dos Resultados       | 26        |
| 4.5 Os riscos e benefícios  | 26        |
| <b>6 RESULTADOS/ DISCUSSÃO</b>  | <b>27</b> |
| 6.1 Direitos e deveres iguais: responsabilidade compartilhada?          | 27        |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>34</b> |
| <b>8 REFERÊNCIAS</b>  | <b>38</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Dentre os diferentes mecanismos legais existentes e que visam a defesa, assistência e cuidado da criança<sup>1</sup> e do adolescente no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA<sup>2</sup>) versa sobre a proteção integral desses indivíduos como sujeitos de direitos que aspiram garantias específicas e peculiares para o seu desenvolvimento. O ECA, assim como a Constituição Federal de 1988, reitera a saúde como direito, mediante a efetivação de políticas sociais públicas e responsabiliza a família, a sociedade civil e o Estado por garantir as condições para o pleno desenvolvimento dessa população (Brasil, 1990).

O ECA apresenta ainda um discurso equânime em relação a proteção e promoção à saúde e a vida deste grupo, determinando que todas as instâncias da sociedade (família, Estado e corpo social) assumam complementaridade no cuidado<sup>3</sup> às crianças e adolescentes.

O estatuto também aborda novas configurações familiares, viabilizando avanços e transcendendo o que é preconizado pela Constituição Federal de 1988, pois passa a entender por família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes, já a família extensa ou ampliada, estende-se para além da unidade pais e filhos, ou do casal, agora formada por parentes próximos com os quais as crianças e adolescentes convivem e mantêm vínculos afetivos (Brasil, 1990).

Entretanto, quando refere-se a participação da família no cuidado, historicamente são as mulheres que assumem esse papel de cuidadora, em razão do discurso atribuído a população feminina de que possui vocação para ato de cuidar, característica decorrente da maternidade. Porém, não apenas as mães possuem tal particularidade, em geral, propaga-se que todas mulheres são aptas ao cuidado (Rago, 1985).

A autora Rosiran Carvalho de Freitas Montenegro salienta que:

---

<sup>1</sup> Durante o trabalho será utilizado o termo "crianças ", porém a discussão se aplica a crianças e adolescentes.

<sup>2</sup> Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

<sup>3</sup> A palavra cuidado é etimologicamente originária da palavra latina cogitatus, que significa meditado, pensado e refletido. Como substantivo na língua portuguesa, ganha os significados de: atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa deste desvelo, encargo, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação (Contatore; Malfitano; Barros, 2017, p. 554).

Quando se fala em cuidado, a figura da mulher continua sendo “naturalmente” identificada no imaginário social como responsável, sob a justificativa dos “atributos femininos” serem mais adequados para tais tarefas. Sabe-se, através dos estudos feministas, que estas visões são decorrentes das construções sóciohistóricas e econômicas das desigualdades entre os sexos nas relações sociais, presentes historicamente nas opressões vigentes em uma sociedade patriarcal<sup>4</sup> (Montenegro, 2019, p. 2)

Quando mecanismos como o ECA são formulados, propondo a participação da sociedade civil na produção do cuidado a essa população específica, tenciona-se que as mulheres não sejam mais as únicas cuidadoras, mas que compartilhem essa prática, especialmente com os demais responsáveis por estas crianças e adolescentes. Porém, como destacado anteriormente, são as mulheres majoritariamente encarregadas, isto porque ao direcionar a família como responsável, este núcleo delega a elas as práticas de cuidado<sup>5</sup>.

Além de que, entre as atividades exercidas pelas mulheres, o de cuidadora é histórica e culturalmente o mais evidenciado e assimilado. Os autores Wiliam Wegner e Eva Neri Rubim Pedro (2010) ainda reforçam que “Quando se trata de cuidar/acompanhar um familiar em situação de hospitalização, seja ele, filho, esposo, mãe/pai, é a mulher que está implicitamente associada como cuidadora principal da família” (Pedro; Wegner, 2010, p.336).

Ou seja, mesmo com mudanças nas relações sociais a partir da problematização sobre a definição dos papéis sociais de gênero e das novas possibilidades de inserções das mulheres, especialmente no mercado de trabalho, o papel de cuidador permanece atrelado e reforçado na sociedade atual como nato das populações femininas. Isto porque elas são ensinadas a exercer funções de cuidado desde a infância “[...] por exemplo, brincadeiras de bonecas, cuidar dos irmãos, auxiliar nos serviços domésticos. Nesses contextos, a menina passa a assumir o papel de mulher e, na medida em que cresce, o que era apenas brincadeira de infância se naturaliza em suas práticas diárias” (Borges; Detoni, 2017, p.146).

Em âmbito hospitalar, a reprodução deste discurso não ocorre de forma diferente. Beatriz Farina et al. assinala que

---

<sup>4</sup> O uso do conceito de patriarcado enquanto um sistema de dominação dos homens sobre as mulheres permite demonstrar que a opressão não está presente somente na esfera familiar, no âmbito trabalhista, na mídia ou na política. O patriarcalismo centralizado na formação e reprodução do poder político compõe a dinâmica social como um todo, estando, inclusive, enraizado na cultura e cotidiano de homens e mulheres individualmente e no coletivo enquanto categorias sociais (Silva, 2019, p.11). Patriarcado, então, é poder político, ou melhor, uma forma de poder enraizada e estruturada de maneira que homens tomem posse dos corpos femininos. É, principalmente, o poder político que restringe as liberdades e direitos das mulheres. É dado aos homens o direito de explorar, dominar e oprimir os corpos e as vidas das mulheres (Silva, 2019, p.18).

<sup>5</sup> As práticas de cuidado são “[...]ações identificadas pelas pessoas como atividades que contribuem para que se sintam saudáveis” (Acioli; Luz, 2003, p. 189).

Sabe-se que a situação de hospitalização e adoecimento afeta não somente o paciente, de modo que família, cuidadores [...] apresentam aspectos psicológicos decorrentes do adoecimento e da internação no ambiente hospitalar. No caso de crianças, percebe-se que o cuidador principal referenciado pela literatura é a figura materna que acaba por sofrer diretamente junto aos seus filhos (2014, p.18).

Por esse motivo, o interesse em pesquisar os processos sociais que atribuem centralidade às mulheres no cuidado à saúde da criança, questionamento este que surgiu das observações realizadas enquanto residente do Programa da Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde foi possível observar a materialização desta responsabilização direcionada especificamente à população feminina.

Ante ao exposto, o presente trabalho teve como delimitação do tema: “A centralidade das mulheres no cuidado à saúde da criança em âmbito hospitalar”. O objetivo geral do estudo visou identificar os processos sociais que atribuem centralidade às mulheres no cuidado à saúde da criança em âmbito hospitalar, a fim de potencializar a discussão do compartilhamento equânime do cuidado. Já nos objetivos específicos buscou-se: 1) Identificar se existem estratégias na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança que retirem a centralidade das mulheres no cuidado da criança.; 2) Investigar como se desenvolve e estabelece o papel social das mulheres no cuidado à saúde da criança; e 3) Problematicar os fatores sociais que responsabilizam as mulheres pelo cuidado da criança em âmbito hospitalar.

Desta forma, a pesquisa problematiza os processos sociais que atribuem às mulheres a centralidade no cuidado às crianças no âmbito hospitalar, considerando que esses processos sociais são influenciados por fatores sócio-históricos, culturais, políticos e econômicos.

Por fim, este estudo se justifica pela importância de incluir igualmente ambos os responsáveis na organização cuidado de crianças em situação de hospitalização, tensionado que os genitores sejam exigidos/cobrados na mesma proporção, descentralizando o cuidado e compartilhando atribuições referente a saúde dos filhos. Espera-se que este estudo possibilite aos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) repensar criticamente sobre este contexto de hospitalização e a centralidade que as mulheres ocupam no cuidado em saúde, buscando não contribuir para a manutenção da sobrecarga feminina e desresponsabilização dos homens diante do cuidado. Enquanto equipe de saúde, devem articular estratégias que proporcionem o cuidado em saúde democrático entre os responsáveis, sem distinção de gênero, especialmente quando refere-se aos filhos, visto que os pais têm responsabilidade, deveres e direitos iguais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Nos subtítulos a seguir, propõe-se uma breve discussão sobre o contexto histórico e cultural da saúde da criança no Brasil, bem como dos papéis sociais de gênero, que influenciam diretamente na organização do cuidado à saúde de crianças hospitalizadas.

### 2.1 Breve contextualização da organização da saúde da criança no Brasil

As políticas de proteção e valorização da vida das crianças<sup>6</sup> são recentes na sociedade brasileira. Segundo a autora Neusa Collet et al. (2014), por muito tempo as crianças foram tratadas como adultos, sem qualquer tipo de atenção ao seu desenvolvimento. A infância era banalizada pela família, sociedade e pelo Estado, pois os “menores de idade” eram colocados no lugar de infante (quietinhos, tradução livre do francês), sem voz, como objetos da esfera doméstica.

No Brasil, o período colonial é particularmente marcado por essa banalização da vida infantil, a criança era considerada um instrumento para as famílias e ocupava uma posição irrelevante no ciclo família e na vida social. Os menores eram submetidos ao serviço braçal, ao poder paterno e a castigos físicos, quando não abandonadas em casas de caridade ou hospitais (COSTA, 1989).

Além da indiferença e da crueldade a qual as crianças eram sujeitadas, as mesmas ainda viviam em precárias condições sanitárias e sociais (muitas moravam em um único cômodo, sem arejamento ou sol), o que contribuiu significativamente para o processo de adoecimento e para altos índices de morbimortalidade infantil (Collet et al, 2014).

As crianças abandonadas tinha um destino ainda pior, uma vez que:

[...] nem a Igreja ou o Estado assumiram a responsabilidade pela criança abandonada. Foi a sociedade organizada ou não, que se preocupou com a sorte destes pequeninos desvalidos e sem família. Assim, a história da criança abandonada brasileira se dividiu em três fases, a saber, Caritativa, até meados do século XIX; Filantrópica, até a década de 1960 e Estado do Bem Estar Social, últimas décadas do século XX, fase esta em que a criança torna-se sujeito de direito (Collet et al, 2014, p. 1002).

As crianças não eram reconhecidas como sujeitos de direitos, muito menos como um grupo vulnerável que necessitava de atenção e cuidados adequados para o seu

---

<sup>6</sup> Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, [...] Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (Brasil, 1990, p.12).



desenvolvimento, vivendo à mercê de todas as formas de violências e desproteção da família e da sociedade. Segundo os autores Christine Baccarat de Godoy Martins e Maria Helena Prado de Mello Jorge

[...] historicamente a violência contra crianças sempre esteve vinculada ao processo educativo, constituindo-se um problema histórico-cultural que tem percorrido todas as décadas até o século atual, nas suas diferentes formas de expressão. [...] Desde os primórdios, a maior parte dos casos de violência contra a criança/adolescente acontece no ambiente familiar, contrapondo o entendimento de proteção que a família deveria exercer (2010, p. 424).

A família por muito tempo não exerceu nenhuma responsabilidade que visasse a proteção da infância, essa relação só foi se estabelecendo ao longo dos anos. Os autores Collet et al (2014), Martins e Jorge (2010) explicam que a representação da criança sofreu alterações, adquirindo novos significados. Apenas no século XV, começam a ser traçadas novas perspectivas sobre este grupo, a criança passa a ser reconhecida pela sua ingenuidade e inocência, estimulando um contexto de esperança por uma vida um pouco melhor.

No século XVII, a criança começou a ocupar espaço no âmbito social, pois é neste período que as famílias passam a demonstrar sentimentos de carinho e amor e a sociedade a reconhecer que a criança poderia ser o centro das relações familiares, inclusive suscetíveis a mudanças físicas e mentais. Já no século XX, a criança de fato é aceita como parte da humanidade, delegando à família<sup>7</sup> total responsabilidade sobre o bem estar desses sujeitos, ressaltando a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como período básico e fundamental para a existência do ser humano (Collet et al, 2014; Martins; Jorge, 2010).

Deste modo, o reconhecimento da criança enquanto ser biopsicossocial, assim como, seus direitos enquanto cidadão foi se delineando ao longo da história, paralelos a assistência à saúde a este segmento populacional, o qual passou por transformações e ainda permanece em constante construção (Collet et al, 2014, p. 1001).

O reconhecimento de que as crianças detêm o direito e a necessidade de proteção, desencadeou a urgência de mecanismos que visassem a valorização da vida infantil e que minimizassem os altos índices de mortalidade na infância. Segundo Collet et al. (2014 os registros de óbitos de crianças apenas apresentou uma diminuição, quando a consciência da

---

<sup>7</sup>A família está na base de qualquer sociedade, e é encontrada com formatos variados e diferentes particularidades culturais, sociais e políticas ao longo do tempo. A princípio a união desse agrupamento de pessoas se deu por meio de várias formas: laços consanguíneos, ancestralidade e linhagem; atualmente, a relação se baseia também no afeto (Beraldo, 2012, p. 39).

sociedade mudou e os serviços públicos passaram a se responsabilizar pelas mesmas. E assim se iniciou"[...] o trabalho efetivo de elaboração de políticas públicas e investimentos na saúde materno-infantil, com ações educativas de vigilância e preventivas, focadas na criança e na família" (Collet et al, 2014, p. 1002).

Desta forma, não apenas propõem-se ações com intuito de minimizar os índices de mortalidade infantil, mas a urgência de abordar a infância como um segmento que demanda um olhar diferenciado e sensível às suas necessidades e vulnerabilidades. Indivíduos dependentes da família, da sociedade, bem como do Estado que tem a responsabilidade e o dever de garantir por meio de políticas públicas a proteção e a dignidade das crianças e dos adolescentes.

E foi visando a proteção e a garantia de direitos desse grupo específico da sociedade que em 1988 a Constituição Federal Brasileira ratificou no seu artigo 277 que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 2016a, p. 355).

Dentre os direitos garantidos às crianças e aos adolescentes na Carta Magna de 1988, a saúde é concebida como fundamental e deve ser promovida mediante políticas sociais e econômicas e efetivada por meios de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que visam o acesso universal e igualitário de todo o cidadão que esteja em território brasileiro (Brasil, 1988).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge para garantir esse direito, uma vez que incorpora em todo o território nacional os serviços de saúde<sup>8</sup>, organizados por meio de ações prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.

O SUS é uma das maiores conquistas sociais consagradas na CF/88, pois apresenta uma nova concepção de saúde no Brasil, articulando ações que promovam a prevenção dos agravos e na promoção da saúde da população, objetivando a qualidade de vida e os meios necessários para que isto ocorra, como o acesso digno a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc (Brasil, 2000).

---

<sup>8</sup> A saúde ainda é um conceito em construção na sociedade, atravessado por valores sociais, culturais, subjetivos e históricos, caracterizando um pilar importante na vida dos seres humanos, garantindo-os viver com qualidade e dignidade (Brasil, 2002).

Com a instituição do SUS, ocorreram mudanças significativas na assistência à saúde, com nova forma de organização da rede de serviços, que passou a ser definida por níveis de complexidade tecnológica crescente e a responsabilidade de assistir a uma população delimitada geograficamente. A utilização dos recursos e competências relativas às ações e aos serviços de saúde foi descentralizada, garantindo acesso a bens e serviços aos grupos populacionais mais vulneráveis, entre eles as mulheres e crianças (Brasil, 2018, p.10).

Estas mudanças ocorrem com a finalidade de incorporar a prestação de serviço de saúde em diferentes espaços e densidades. A promoção da saúde passa a ser foco nos territórios onde as famílias vivem, particularizando os serviços de acordo com as demandas daquela comunidade. Possibilitando ações programadas<sup>9</sup> a públicos específicos, como gestantes, idosos e particularmente as crianças que por ser um grupo vulnerável e totalmente dependente dos adultos, seja no âmbito das famílias ou da sociedade, demandando um cuidado integral para a garantia do seu desenvolvimento saudável (Brasil, 2018).

O Estado além de assumir esta responsabilidade sobre cuidado, proteção e o desenvolvimento das crianças, também compartilha essa atribuição com a sociedade e a família, sendo esta última essencialmente responsável pela reprodução social dos seus indivíduos, por meio do trabalho masculino e sua inserção no sistema previdenciário e pelo trabalho não pago das mulheres na realização das atividades domésticas e de apoio aos membros da família. E mesmo com esse compartilhamento do cuidado familiar, há uma sobrecarga das funções destinadas às mulheres (Montenegro, 2019).

E dentre os textos legais que responsabilizam o Estado, família e sociedade civil pelas crianças, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ganha centralidade, pois surge como lei de proteção direcionado às necessidades e demandas desse grupo específico e que visa criminalizar qualquer forma de maus-tratos e violação de direitos, bem como, estabelece penalidades para os que praticam o ato criminoso e para os que se omitem ou deixam de denunciar.

A consolidação da proteção à criança e ao adolescente através do ECA trouxe não apenas avanços no tratamento jurídico, mas consciência social para instituições, determinando

---

<sup>9</sup> Como prevê a Pnab, além da atenção à demanda espontânea, é fundamental que a ESF equilibre com o desenvolvimento de ações de saúde integral para a criança e também para a mulher, em especial na saúde sexual e reprodutiva, e para a gestante. Além da oferta das ações programáticas tradicionais, como o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento da criança (puericultura) e do pré-natal, outros grupos de maior risco/vulnerabilidade, como crianças com agravos sociais, nutricionais (obesidade/desnutrição), psicossociais (crianças com dificuldades escolares, famílias com dificuldades relacionais afetando a criança), clínicos (asma e outros problemas crônicos e agravos de importância epidemiológica local, priorizados pela ESF), podem e devem ser selecionados para acompanhamento longitudinal, seja em atendimentos individuais, pelo médico ou profissional de enfermagem ou ainda grupais (Brasil, 2018, p.117).

o ECA como instrumento de garantia ao bem-estar da infância e da juventude em todo território brasileiro (Martins; Jorge, 2010). No art.4 do ECA definiu que

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 (Brasil,1990, p. 1).

O ECA indica os direitos que devem ser garantidos à população infantil, entre eles, a saúde. Porém, somente a política de saúde (SUS) em sua forma ampla, não dá conta de atender as particularidades deste grupo. É importante a articulação de serviços e ações focadas nos diferentes níveis de desenvolvimento das crianças, incluindo e responsabilizando os genitores na garantia e promoção da assistência à saúde. Em vista disso, o Ministério da Saúde para nortear estes cuidados direcionados às crianças no serviços do SUS, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A PNAISC assume o objetivo de:

promover e proteger a saúde da criança<sup>10</sup> e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (Brasil, 2018, p. 9).

A política incentiva a integralidade da assistência através dos seus sete eixos estratégicos<sup>11</sup>, que orientam e qualificam as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes. Propõem estratégias para a efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, reduzindo as vulnerabilidades e riscos de adoecimento, bem

---

<sup>10</sup> O Ministério da Saúde (MS), para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses; “Primeira infância” – pessoa de zero a 5 anos, ou seja, de zero até completar 6 anos ou 72 meses [...] Para atendimento em serviços de Pediatria no SUS, a Política abrange “crianças e adolescentes de zero a 15 anos, ou seja, até completarem 16 anos ou 192 meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento” (Brasil, 2015, art. 3º apud Brasil, 2018, p. 26).

<sup>11</sup> Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; Atenção integral a crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (Ministério da Saúde, 2022, s/p).

como a prevenção de doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (Ministério da Saúde, 2022).

A PNAISC também destaca o comprometimento das instituições, visto que a qualificação da vida e o usufruto pleno das potencialidades das crianças brasileiras é ponto fundamental na política, que entende que a família, a comunidade (sociedade em geral) e o poder público tem participação importante na efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à convivência familiar, etc (Brasil, 2018).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, aponta como princípios norteadores: o direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção; e gestão participativa e controle social. As diretrizes: gestão interfederativa das ações de saúde da criança; organização das ações e dos serviços na rede de atenção; promoção da saúde; fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; qualificação da força de trabalho do SUS; planejamento e desenvolvimento de ações; incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; monitoramento e avaliação; intersetorialidade (Brasil, 2018).

Essas são as referências para a organização e promoção do cuidado à saúde das crianças em território brasileiro, estimulando atenção redobrada, desde o período gestacional, promovendo ações preventivas para que os neonatos tenham possibilidade de nascer saudáveis, ou de reduzir possíveis implicações durante a gestação, garantindo assistência integral ao binômio, mãe e bebê.

A política sinaliza ainda, como os serviços estão constituídos no território e como seus níveis de complexidade devem estar organizados para prestar assistência à mãe, o bebê, e posteriormente a criança, de acordo com seu nível de desenvolvimento e particularidades (crianças com deficiência, etc) biopsicossociais, econômicas e culturais. Incentivando que os os serviços e profissionais da saúde estejam capacitados a entender as necessidades dos diferentes grupos étnicos raciais e demais circunstâncias que as crianças podem vivenciar ao longo de sua vida (como violência, situação de rua, contextos onde a família esta privada de liberdade, trabalho infantil, etc), oferecendo atendimento qualificado e humanizado.

Em relação ao cuidador principal na organização das demandas de saúde das crianças, a política não determina este encargo as mulheres, mas indiretamente direciona, devido o binômio mãe e bebê, vínculo inevitável, devido a experiência que as mulheres vivenciam no período gestacional, ou mesmo quando planejam sua gravidez. Segundo as autoras Brenda Albuquerque Adriano da Silva e Liliane Pereira Braga (2019, p. 1) “O vínculo mãe-bebê é

caracterizado por abranger as dimensões das emoções, dos sentimentos e comportamentos. Este vínculo, quando construído de forma segura, poderá fornecer à criança um desenvolvimento biopsicoafetivo saudável”.

Assim, desde o período gestacional, as mulheres já assumem este papel de cuidadora principal, podendo dispor ou não de rede de apoio, com quem possa compartilhar essa responsabilidade. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2018), em seu texto, dá ênfase a esse binômio e inclui como parte significativa à família nos cuidados da criança. O texto destaca em uma de suas diretrizes o “fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família<sup>12</sup>”, e posteriormente sobre a essencialidade de planejar o cuidado

[...] em conjunto com a família, por meio de um Projeto Terapêutico Singular, no qual o percurso terapêutico da criança seja pensado, com os fluxos assistenciais necessários para seu tratamento previamente articulados por eles, de forma que a família não precise peregrinar pelo sistema de saúde em busca dos cuidados necessários (exames, procedimentos, terapias especializadas etc.) (Brasil, 2018, p. 73).

A política estimula que a família seja corresponsável junto com a mulher pela saúde da criança, e tenciona que “Sempre que possível, deve ser estimulada a presença do pai neste e em outros momentos de atendimento à mãe e ao bebê, de forma a empoderá-lo para o apoio à mulher e para o cuidado de sua criança (Brasil, 2018, p. 50). O Caderno de Atenção Básica, nº 33, Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, também reforça a participação masculina, visto que

A participação paterna em todas as fases de desenvolvimento da criança é um elemento importante para o seu crescimento saudável, pois representa um relevante fator protetivo para a saúde de todos os envolvidos. Geralmente, nos serviços de saúde da Rede SUS, observa-se ainda um baixo engajamento dos pais nas decisões e ações relacionadas à saúde infantil. Inclusive, fala-se muito em saúde materno-infantil, mas pouco ainda em saúde paterno-infantil (relacionada ao vínculo físico, psicológico e afetivo que as crianças estabelecem com aqueles que exercem a função paterna em suas vidas) (Brasil, 2012, p. 27).

Entretanto, não há um compromisso significativo por parte da política de saúde em incluir os homens, tanto nas decisões como nas obrigações com os cuidados necessários à

---

<sup>12</sup> Fomento à autonomia e corresponsabilidade da família, princípio constitucional, que deve ser estimulado e apoiado pelo poder público, com informações qualificadas sobre os principais problemas de saúde e orientações sobre o processo de educação dos filhos, o estabelecimento de limites educacionais sem violência e os cuidados com a criança, com especial foco nas etapas iniciais da vida, para a efetivação de seus direitos (Brasil, 2018, p. 34).

saúde de recém nascidos e crianças, como é visto na PNAISC e apontado pelo Caderno nº33. O que acontece é que no íntimo da formulação destas normas e orientações, as mulheres são tomadas como as únicas responsáveis e aptas em garantir o desenvolvimento saudável dos filhos.

As autoras Freitas e Dal Prá (2015) revelam que busca-se responsabilizar as famílias pelos cuidados em saúde após a alta de internações hospitalares ou tratamentos de saúde, mas na maioria dos casos é a mulher (mãe) a referência dentro das família que assume esta atribuição, pois entende-se que culturalmente ela dispõe de condições objetivas para arcar com tamanhas exigências de cuidado aos quais são submetidas, por vezes negligenciando a própria saúde e direito a estudar, a viver o lazer e trabalhar (Brasil, 2018).

A política é um importante mecanismo de organização dos serviços de saúde direcionados a prestar assistência a este grupo, entretanto, respondendo um dos objetivos deste estudo, se a PNAISC realiza algum movimento estratégico para retirar a centralidade das mulheres no cuidado das crianças, identificou-se que o documento introduz brevemente os homens (pai) na assistência à saúde, salientando que ao serem incluídos podem apropriar-se do cuidado e contribuir com as mulheres.

Mesmo havendo este mínimo estímulo na política, concretamente, há dificuldade dos homens assumirem de fato este papel de corresponsável, ainda mais quando não existem parâmetros para incluí-los igualmente como as mulheres. O documento também aborda a família como cuidadora, mas como discutido por diferentes autores neste estudo, quando define-se a família como cuidadora, define-se a mulher como encarregada pela coordenação deste cuidado. É esta discussão que será proposta no próximo subcapítulo, acerca dos papéis sociais de gênero construídos ao longo do tempo e que reiteram as mulheres como cuidadora nata da família e das crianças (filhos).

## 2.2 Construção dos papéis sociais: a quem é delegado o cuidado?

No imaginário da sociedade, os formatos das relações e comportamentos entre os gêneros são identificados como algo nato ao nascimento dos homens e das mulheres, que são estimulados e ensinados a se comportar e a ocupar lugares pré-definidos na sociedade. Os autores Fatima Itsue Watanabe Simões e Francisco Hashimoto (2012) explicam que a relação entre homens e mulheres, especialmente a configuração familiar era pautada por uma clara e rígida divisão de trabalho, com papéis sociais de gênero culturalmente estabelecidos. Segundo a autora Joan Scott,

[...] o termo "gênero" torna-se uma forma de indicar "construções culturais" -a criação inteiramente social de idéias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. "Gênero" é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (Scott, 1990, p. 72).

A partir disso, constrói-se o discurso que o homem, enquanto pai, deveria ser o único provedor, com acesso total ao mundo externo e suas possibilidades, inserindo-se em espaços de negócios, do trabalho remunerado e concretizando realizações profissionais. Já a mulher como mãe, era a única responsável pelas tarefas domésticas e pelas necessidades da prole, limitada ao espaço privado (espaço doméstico) e extremamente responsabilizada pela administração deste universo. “Assim, infere-se que essas construções sociais naturalizam a hierarquia instituída historicamente nas relações sociais entre homens e mulheres [...]” (Sombra; Leonardo, 2023, p. 5).

Com estas definições sobre os gêneros, “[...] algumas características de personalidade são estimuladas e identificadas; no homem, por exemplo, a competição e agressividade; na mulher, a sensibilidade, a capacidade de observação, o cuidado e a afetividade” (Simões; Hashimoto, 2012, p. 07). Baseado neste discurso, as mulheres são direcionadas ao âmbito privado (lar), ao cuidado, à procriação, à subordinação, e os homens a espaços públicos, detentores de poder e identificados como patriarcas. A autora Daniela Auad contribui explicando que

Quando começamos a considerar as relações de gênero como socialmente construídas, percebemos que uma série de características consideradas ‘naturalmente’ femininas ou masculinas corresponde às relações de poder. Essas relações vão ganhando a feição de ‘naturais’ de tanto serem praticadas, contadas, repetidas e recontadas. Tais características são, na verdade, construídas, ao longo de anos e dos séculos, segundo o modo como as relações entre o feminino e o masculino foram se engendrando socialmente (Auad, 2018, p. 19).

Ou seja, essa mentalidade atribui a homens e mulheres comportamentos específicos, baseados no seu sexo biológico e em normas sociais e culturais e que infelizmente ainda permanecem sendo reproduzidos consciente e inconscientemente pelos indivíduos, dependendo do nível do seu entendimento sobre a construção dos papéis sociais de gênero.

Os indivíduos assumem esses papéis sociais na sociedade e reproduzem no interior das suas relações familiares, amorosas (românticas), profissionais, políticas e comunitárias. O que é construído culturalmente passa a ser entendido como verdade natural, repercutindo em um



sistema conservador e engessado, especialmente para as populações femininas que tentam romper com esta determinação “natural” do seu gênero.

A maternidade e maternagem são elementos constitutivos desse discurso sobre qual é a atribuição das mulheres na sociedade, determinado como função intrínseca ao gênero feminino. A autora Sinigaglia (2018) explica que durante muito tempo as mulheres permaneceram subordinadas às regras da sociedade patriarcal. Seu destino desde que nasciam era o casamento, não tinham outra finalidade que não fosse dedicar-se aos cuidados domésticos e à reprodução, eram estimuladas a casarem cedo e saírem do poder de seus pais para o poder do seu marido. A única forma de fugir deste destino era através da entrada e permanência em conventos.

Elas eram infantilizadas no interior das relações e diante de qualquer decisão e situação. A ideia de que necessitavam sempre de suporte, proteção e orientação e que deveriam estar subordinadas às instituições e relações masculinas foi disseminada ao longo do tempo. A vivência das mulheres era limitada ao casamento e à maternidade, existiam poucas possibilidades para sua inserção na sociedade, resultado de um sistema patriarcal, machista e misógino.

A autora Mary Del Priore comenta que as mulheres aproveitaram

[...] para viver a maternidade como uma revanche contra uma sociedade androcêntrica e desigual nas relações entre os sexos”. [...] Além do respaldo afetivo e material, a prole permitia à mulher exercer, dentro do seu lar, um poder e uma autoridade dos quais ela raramente dispunha no mais da vida social. Identificada com um papel que lhe era culturalmente atribuído, ela valorizava-se socialmente por uma prática doméstica, quando era marginalizada por qualquer atividade na esfera pública (1995, p. 17-18).

As populações femininas encontravam na maternidade uma possibilidade para socialmente serem valorizadas e ocupar espaço de prestígio no corpo social. Isso ocorre, porque a partir do século XVIII e principalmente no século XIX, há uma nova imagem em relação à maternidade. O bebê e a criança tornam-se objetos privilegiados da atenção materna, onde a devoção e a presença vigilantes da mãe surgem como valores essenciais. Com o aumento da responsabilidade materna, cresce a valorização da mulher-mãe, a “rainha do lar”, agora dotada de poder e respeito, desde que não extrapolasse o domínio doméstico. Crescem moldadas para a vida privada e devotas à família e filhos, subordinadas à hierarquia masculina (Moura; Araújo, 2004).

Freitas<sup>13</sup> (et al., 2009) relata que homens e mulheres inserem-se na vida familiar de acordo com referências de gênero absorvidos ao longo da vida e que estes influenciam nas funções socialmente legítimas que ambos irão exercer.<sup>14</sup> Exemplo disso é a maternidade e paternidade, que são vivenciadas de forma distintas, visto que os estímulos são diferentes para os gêneros. Enquanto as mulheres são exigidas a assumir a maternagem e associá-la ao seu subjetivo, a paternagem é assumida pelos homens conforme seus interesses e limitações pessoais, sociais, econômicas e culturais.

Essa disparidade é tão aparente, que enquanto o homem já detinha prestígio na sociedade, as mulheres precisavam exercer a maternidade para ascenderem e ganharem importância social, porém ela passa a ser culturalmente atrelada e limitada a este papel de mãe e de cuidadora.

A maternidade descrita como algo intrínseco ao feminino, resulta das características biológicas da capacidade de reproduzir. Este fato biológico passa a compor os discursos referentes à qual gênero possui mais aptidão para o cuidado com os filhos. A autora Elizabeth Badinter (1985), explica que entre os argumentos que legitimam os papéis de gênero na sociedade, o discurso biológico foi o mais utilizado para justificar a existência de instintos naturais das mulheres voltados às espaço privado (lar) e a maternidade, condicionando as mulheres a submissão e, especialmente colocando-a como cuidadora central.

Nas relações familiares esses vestígios são intensificados, pois quando discute-se sobre a responsabilidade do cuidado<sup>15</sup> com a família, especialmente com os filhos/crianças, são as mulheres que o assumem, tanto a prática como a sua organização. Os autores Pereira e Lima explicam que o cuidado é

---

<sup>13</sup> A autora supracitada também destaca que a mulheres, como mães, tornam-se agentes decisivos na esfera da reprodução social, pois são as que mais participam da educação dos filhos, conseqüentemente, encarregando-se de transmitir as ideologias vigentes na sociedade e de manter a harmonia das relações parentais no âmbito privado (Freitas, 2009).

<sup>14</sup> Ao longo da história as mulheres assumiram como papel “natural” a provisão de cuidados da família, enquanto os homens o sustento financeiro. Isso contribuiu com a crença social de que a família é responsabilidade da mulher e o trabalho, por seu turno, do homem. Tal fato perpetuou, culturalmente, a dicotomia entre a vida pública e privada entre os sexos, pois para cada parte estaria reservado o seu espaço. A vida pública para os homens, e a vida doméstica para as mulheres (Passos; Guedes, 2018, p. 68).

<sup>15</sup> [...] ao longo da história as mulheres assumiram as responsabilidades pela reprodução social. São elas que, ao preparar a comida, lavar as roupas, limpar a casa, cuidar das crianças, dos idosos e das pessoas com deficiência, possibilitam a manutenção do trabalho, da vida e, conseqüentemente, da sociedade. Esse papel de perpetuação das sociedades esteve a cargo exclusivo das mulheres em muitas sociedades de forma gratuita, com pouco ou nenhum reconhecimento e valorização social. As responsabilidades atribuídas às mulheres eram tidas como uma extensão natural do caráter biológico de progenitora; portanto, nada menos que uma obrigação moral (Passos; Guedes, 2018, p. 74).

[...] um 'modo de fazer na vida cotidiana' que se caracteriza pela 'atenção', 'responsabilidade', 'zelo' e 'desvelo' 'com pessoas e coisas' em lugares e tempos distintos de sua realização. [...] O 'cuidado' consiste em um modo de agir que é produzido como 'experiência de um modo de vida específico e delineado' por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em 'práticas' de 'espaço' e na 'ação' de 'cidadãos' sobre os 'outros' em uma dada sociedade (Pereira; Lima, 2008, p. 110-111).

O ato de cuidar é uma construção social e histórica, sendo influenciado pela forma como as relações sociais se estabelecem, especialmente entre os gêneros. Estudos feministas discutem que a prestação de serviços aos outros (o ato de cuidar) torna-se uma das características importantes na construção da feminilidade das mulheres (na perspectiva masculina), ou seja, das suas funções sociais (Jorge Lyra et al., 2003).

As autoras Berlindes Astrid Küchemann e Zilda Vieira de Souza Pfeilsticker comentam que historicamente coube

[...] às mulheres principalmente a responsabilidade sobre as tarefas reprodutivas, enquanto aos homens foram delegadas as tarefas produtivas, pelas quais passaram a receber uma remuneração. As construções culturais transformaram essa divisão sexual do trabalho em uma especialização “natural”. Além disso, o papel de esposa e mãe foi mistificado: o fato de que as mulheres se dedicassem somente ao lar se transformou em um símbolo de status e gerou-se um culto à domesticidade, no qual a família e o domicílio passaram a ser considerados espaços de afeto e criação a cargo delas (2010, p. 3-4).

Além de designar as mulheres essa atribuição de coordenação do lar (trabalho doméstico - trabalho não remunerado)<sup>16</sup> e do cuidado com os filhos, isenta os homens de assumirem minimamente parte deste cuidado, pois ao contrário do que é exigido das mulheres, os homens possuem liberdade de escolher sobre como irão contribuir dentro do lar e se gostariam de se responsabilizar com a paternidade.

O ato de cuidar da casa e dos filhos é visto como um trabalho invisível, não remunerado, obrigação natural das mulheres e sem necessidade de ser validado. Isto acontece devido o trabalho não remunerado<sup>17</sup> ser fruto da divisão social do trabalho que evidencia um

---

<sup>16</sup> As razões dessa permanência da atribuição do trabalho doméstico às mulheres, mesmo no contexto da reconfiguração das relações sociais de sexo a que se assiste hoje, continua sendo um dos problemas mais importantes na análise das relações sociais de sexo/gênero. E o que é mais espantoso é a maneira como as mulheres, mesmo plenamente conscientes da opressão, da desigualdade da divisão do trabalho doméstico, continuam a se incumbir do essencial desse trabalho doméstico, inclusive entre as militantes feministas, sindicalistas, políticas, plenamente conscientes dessa desigualdade. Mesmo que exista delegação, um de seus limites está na própria estrutura do trabalho doméstico e familiar: a gestão do conjunto do trabalho delegado é sempre da competência daquelas que delegam (Hirata; Kergoat, 2007, p. 607).

<sup>17</sup> Cabe ressaltar que a inserção da mulher no mercado de trabalho ao mesmo tempo em que é comemorado como uma conquista, não reduz em muitas situações o desempenho dela em outras atividades domésticas, o que tem sido caracterizado como dupla ou tripla jornada de trabalho (Montenegro, 2019, p. 8).

recorte de gênero desigual, pois manifesta as “[...] as noções de homem provedor e mulher cuidadora e das mulheres como força de trabalho secundária [...]” (Vasconcelos, 2009, p.37).

Os autores Guiomar de Haro Aquilini e Edney Cielici Dias (2014) complementam explicando que determinados padrões socioculturais desfavoráveis ao trabalho remunerado feminino ainda permanecem na sociedade atual, principalmente, o discurso de que as mulheres são naturalmente<sup>18</sup> responsáveis pelo cuidado dos filhos, dos afazeres domésticos, pela assistência aos doentes e idosos da família, não responsabilizando igualmente o homem, mas o afastando dessas tarefas desvalorizadas pela sociedade. Mesmo com os avanços nas últimas quatro décadas (especialmente no mercado de trabalho e política), ainda permanece no âmbito privado o modelo patriarcal na relação entre homens e mulheres, no qual a mulher continua sendo, majoritariamente, a responsável pelos cuidados domésticos.

Isto não ocorre isoladamente no Brasil, Segundo o relatório “Tempo de cuidar” da ONG OXFAM publicado em 2020,

Em todo o mundo, o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago é desproporcionalmente assumido por mulheres e meninas em situação de pobreza, especialmente por aquelas que pertencem a grupos que, além da discriminação de gênero, sofrem preconceito em decorrência de sua raça, etnia, nacionalidade, sexualidade e casta. As mulheres são responsáveis por mais de três quartos do cuidado não remunerado e compõem dois terços da força de trabalho envolvida em atividades de cuidado remuneradas (OXFAM BRASIL, 2020, p. 10).

O relatório ainda aponta que 90% do trabalho de cuidado no Brasil é feito informalmente pelas famílias – e desses 90%, quase 85% é feito por mulheres (OXFAM BRASIL, 2020). Como aponta a autora Volney Campos dos Santos “[...] a naturalização socialmente construída da responsabilização feminina pelos afazeres domésticos e cuidados em geral, tanto dos filhos quanto das tarefas rotineiras e o bem-estar familiar como um todo, não reflete apenas nas relações laborais[...]” (Santos, 2019, p. 46). Ou seja, este discurso desconsidera que na organização do cuidado é empregado tempo, energia e dedicação, as vezes dificultando que outras atividades sejam exercidas, e novamente enclausurando as mulheres no espaço privado e exonerando os homens.

Como enfatizado no decorrer do texto, são diferentes fatores que influenciam e determinam os papéis sociais de gênero e que centralizam as mulheres no cuidado das

---

<sup>18</sup> A inserção da mulher no mercado de trabalho nos faz refletir as desigualdades de gênero presentes na sociedade neoliberal. Neste cenário tensionado entre processos de individualização e desigualdade estrutural, a família não dispõe de condições objetivas para arcar com tamanhas exigências que lhe são atribuídas, principalmente a mulher, ao qual recaem com indiscutível prevalência as relações de cuidados com lar, criança, idosos e deficientes (Freitas; Dal Prá, 2015, p. 3).

crianças, visto que historicamente construiu-se um cenário onde a população feminina somente é legitimada e valorizada enquanto indivíduo através do papel de mãe e cuidadora. Essas referências sociais e culturais elaboradas ao longo da história das mulheres, desencadeiam padrões que são socialmente exigidos das mulheres, idealizando-a de acordo com os interesses das relações e instituições masculinas e conservadoras.

A importância das mulheres na família em uma sociedade conservadora e patriarcal é medida pela sua contribuição na manutenção e desenvolvimento da mesma. Contudo este discurso transcende períodos históricos anteriores e se materializa em discursos atuais. Mesmo a sociedade assumindo novas configurações e discutindo sobre o que cabe ou não as mulheres e homens, alguns aspectos culturais, ideológicos e sociais ainda permanecem latentes, como disparidade nas responsabilidades exigidas e direcionadas aos homens e mulheres. O cuidado com a saúde dos filhos (crianças), por exemplo, foi e permanece incluída nas atividades e ‘obrigações’ das mulheres, elas são responsáveis pela manutenção da saúde no dia a dia dos seus dependentes e daqueles que estão no seu núcleo familiar.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar os processos sociais que atribuem centralidade às mulheres no cuidado à saúde da criança em âmbito hospitalar, a fim de potencializar a discussão do compartilhamento equânime do cuidado.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar se existem estratégias na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança que retirem a centralidade das mulheres no cuidado da criança.
- Investigar como se desenvolve e estabelece o papel social das mulheres no cuidado à saúde da criança.
- Problematizar os fatores sociais que responsabilizam as mulheres pelo cuidado da criança em âmbito hospitalar.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O autor Antonio Carlos Gil (2002, p. 17) explica que a pesquisa é um “procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Especialmente para o serviço social, pois como aponta Inez Rocha Zacarias, a pesquisa para o serviço social é um instrumento de trabalho fundamental, propiciando a aproximação da realidade dos sujeitos e do contexto o qual se inserem, estes permeados de uma perspectiva histórica, social, econômica e cultural que incidem sobre sua condição de vida e o entendimento sobre a mesma (Zacarias, 2013).

A metodologia torna-se parte importante do desdobramento da pesquisa, nela encontram-se os procedimentos técnicos necessários para responder ao objeto de pesquisa e garantir a cientificidade do estudo. Sendo assim, na pesquisa é necessário que haja um planejamento de como ela será conduzida e o arcabouço teórico que irá subsidiar a discussão do objeto de pesquisa. A metodologia assume este espaço de planejamento, que é composta pela “[...] teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (Deslandes; Gomes; Minayo, 2007, p. 14).

Neste capítulo é apontado o processo metodológico que embasou o planejamento da pesquisa, que se organiza da seguinte maneira: escolha do método científico de investigação e as suas categorias teóricas, o tipo de pesquisa, procedimentos e técnicas para a coleta de dados, a técnica de análise e interpretação dos dados coletados e por fim os cuidados éticos da pesquisa.

### 4.1 Método

O método utilizado nesta pesquisa é o Dialético Crítico fundamentado no Materialismo Histórico, que contribuiu para o processo de reflexão e do diálogo crítico sobre o objeto de pesquisa deste estudo. Este método, segundo o autor Augusto Nivaldo da Silva Triviños (1987), estimula a busca por explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, sociedade e do pensamento. O autor complementa que

Por um lado, o materialismo dialético tem uma longa tradição na filosofia materialista e, por outro, que é também antiga concepção na evolução das ideias, baseia-se numa interpretação dialética do mundo. Ambas as raízes do pensar humano se unem para constituir, no materialismo dialético, uma concepção científica da realidade, enriquecida com a prática social da humanidade (Triviños, 1987, p. 51).

Gaudêncio Frigotto contribui explicando que

[...] a dialética materialista histórica enquanto uma postura, ou concepção de mundo; enquanto um método de que permite uma apreensão radical de mundo (que vai à raiz) da realidade e, enquanto práxis, isto é, unidade de teoria e prática na busca de transformações de novas sínteses no plano do conhecimento e no plano da realidade histórica (Frigotto, 1994, p. 73).

Assim, o método Dialético Crítico fundamentado no Materialismo Histórico perpassa qualquer visão conservadora e aparente dos fenômenos sociais e históricos, aprofundando-se em sua origem, desmistificando seu processo de formação, buscando explicações coerentes e concretas para os fenômenos que determinam a vida da sociedade. O método é composto por categorias teóricas, sendo as utilizadas neste projeto a categoria totalidade, contradição e historicidade.

A categoria historicidade é explicada por Maria da Graça Gomes Türck como “[...] um processo que compreende a processualidade dos fatos, sua provisoriabilidade e seu movimento permanente nas superações” (Türck, 2012, p. 13). Ou seja, os sujeitos compõem e constroem a história, e esta é necessária para entendimento de como as relações e sociedade desenvolvem-se, assim como seus direcionamentos sociais, políticos, culturais e econômicos. Desta forma, para entender como as mulheres assumem a centralidade no cuidado à saúde das crianças foi necessário aproximar-se do contexto sócio-histórico em que esta responsabilidade sobre o cuidado emerge, bem como a definição dos papéis sociais na sociedade.

A categoria totalidade é “[...] como um todo articulado por conexões que permite a apropriação do cotidiano a partir da compreensão histórica, econômica e política como constituintes da construção da sociedade capitalista ocidental” (Türck, 2012, p. 13). Essa categoria permite que compreenda-se e aprenda os movimentos, desde a essência até a aparência de um fenômeno, ou seja, que este não acontece e surge de maneira isolada, mas que é composto por um conjunto de fatores e elementos que incidem sobre alguma ação ou realidade.

Por fim, a categoria contradição “[...] auxilia no entendimento das relações contrárias, e também dos processos resultantes desse movimento. Esta categoria promove a análise sobre a transformação e movimento dos fenômenos sociais, além de contribuir no desenvolvimento qualitativo de um estado para outro” (Deitos; Sobzinski, 2015, p. 108). Em âmbito hospitalar, quando se discorre sobre os direitos e deveres que os pais possuem com os seus filhos, há uma igualdade, entretanto, a exigência referente à organização e promoção do cuidado não ocorre de forma democrática, sendo as mulheres majoritariamente responsáveis pelo cuidado da saúde das crianças.

#### 4.2 Tipo de pesquisa

A pesquisa é um estudo exploratório e bibliográfico com enfoque qualitativo. De acordo com Antonio Carlos Gil

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudo de caso. Procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados não são costumeiramente aplicados nestas pesquisas (Gil, 2002, p. 43).

Essa metodologia permitiu que a pesquisadora aproxime-se dos diferentes materiais produzidos para aprofundar o conhecimento sobre a temática abordada, desvendando suas expressões e entendimentos ainda não explorados. A pesquisa bibliográfica

[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. [...] A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (Gil, 2007, p. 44-45).

Assim, a partir do levantamento de referências teóricas publicadas em sítios eletrônicos, a pesquisadora identificou estudos que contemplam o objeto de pesquisa, apropriando-se das informações e/ou conhecimentos disponíveis relacionados à temática para promover a discussão. Sinaliza-se que as bibliografias analisadas fomentam sobre o processo histórico, social, cultural e político das mulheres na sociedade e sua relação com o cuidado às crianças, considerando também em como a organização do cuidado ocorre em espaço hospitalar.



Foi definido como período de tempo para coleta do material utilizado no estudo as produções entre o ano de 1990 ao ano atual (2023). Dentre essas obras, foram considerados trabalhos de múltiplas áreas do saber, dentre elas: Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. A escolha deste período se dá devido no ano de 1990 ser consolidado o Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo o maior marco em leis de proteção e promoção dos cuidados a esse grupo (Brasil, 1990).

As produções bibliográficas foram pesquisadas nos seguintes sítios eletrônicos: Google Acadêmico (<https://scholar.google.com.br/?hl=pt>), Scielo (<http://www.scielo.br/>), Portal de periódicos da Capes (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (<https://bdtd.ibict.br/vufind/>), Biblioteca Virtual em Saúde (<https://bvsmms.saude.gov.br/>) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (<https://bvsalud.org/>). Utilizou-se as seguintes palavras-chaves em busca livre: saúde da criança; cuidado da criança; cuidado compartilhado; âmbito hospitalar; papéis sociais; papéis sociais de gênero, hospitalização de crianças e organização do cuidado; mulheres e a centralidade no cuidado à saúde; naturalização do cuidado; atribuição dos papéis; divisão social e sexual do trabalho; mulheres; mulheres e cuidado, homens e o cuidado; hospitalização infantil; feminização do cuidado.

O enfoque da pesquisa foi qualitativo, que preocupa-se com um nível da realidade que não pode ser quantificado, considerando o universo elementos, processos e fenômenos que compõem as relações sociais e o sistema no qual os sujeitos estão inseridos (Deslandes; Gomes; Minayo, 2007). Assim, estas ferramentas em conjunto contribuíram para o desenvolvimento do estudo e garantiram a qualificação da pesquisa e dos dados obtidos.

### 4.3 Técnicas de Análise e Interpretação de Dados

A técnica de análise e interpretação de dados constitui-se como uma das etapas essenciais da pesquisa, visto que é nesta fase que os dados coletados são analisados e problematizados, permitindo aprofundar-se teoricamente e de forma crítica dos elementos que atravessam e compõem o objeto desta pesquisa. A técnica de análise e interpretação de dados

[...]apesar de conceitualmente distintos, aparecem sempre estreitamente relacionados. A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (Gil, 1999, p. 168).

Sendo assim, foi utilizado a análise do discurso, que segundo Eni Puccinelli Orlandi

[...] procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história. [...] A análise de conteúdo, como sabemos, procura extrair sentidos dos textos, respondendo à questão: que este texto quer dizer? Diferentemente da análise de conteúdo, a Análise de Discurso considera que a linguagem não é transparente. Desse modo ela não procura atravessar o texto para encontrar um sentido do outro lado. A questão que ela coloca é: como esse texto significa? (Orlandi, 2005, p. 15-17).

A análise do discurso oportunizou que se identificassem os sentidos produzidos nos discursos, considerando a condição em que estes são produzidos e desenvolvidos. Complementando a explicação sobre a análise do discurso, Anelise Rebelato Mozzato e Denize Grzybovski destacam que a análise do discurso explora as relações entre discurso e realidade, verificando como os textos são feitos, carregando significados por meio dos processos sociais (Mozzato; Grzybovski, 2011).

#### 4.4 Pressupostos Éticos da Pesquisa e Socialização dos Resultados

Entre os cuidados éticos aplicados a esta pesquisa, buscando comprometer-se com a qualidade da pesquisa e sua função social, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para que a instituição tenha conhecimento dos motivos que instigaram a pesquisa, bem como os benefícios. O estudo também preocupou-se em atender os cuidados éticos destacados na resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, que ressalta a defesa dos direitos humanos, da autonomia e liberdade dos sujeitos no processo de pesquisa, assim como na utilização da pesquisa como ferramenta para incentivar a garantia destes direitos e emancipação (Brasil, 2016b). Desta forma, a pesquisadora comprometeu-se com a veracidade dos dados coletados e utilizados neste estudo. Isto posto, o produto final da pesquisa é uma monografia, que posteriormente será utilizado como base para a publicação de artigos no meio acadêmico.

#### 4.5 Os riscos e benefícios

Entre os aspectos éticos apontados na Resolução nº510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (Brasil, 2016b), está a importância de prever os possíveis riscos da pesquisa e os seus benefícios. Por ser uma pesquisa bibliográfica os riscos são mínimos. Não houve necessidade de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entretanto,

por utilizar dados públicos, a pesquisadora comprometeu-se com a veracidade dos dados expostos e seu uso em prol da ampliação da discussão sobre a centralidade das mulheres no cuidado.

Entre os benefícios da pesquisa estão: visibilidade para o debate sobre a necessidade da responsabilidade sobre o cuidado das crianças/filhos compartilhadas com a figura paterna/homens, problematização da centralidade das mulheres no cuidado às crianças, identificar nas políticas públicas de saúde a inclusão e divisão das responsabilidades do cuidado entre os responsáveis/pais. E posteriormente o estudo poderá contribuir em espaços de discussão sobre a temática, tencionando diálogos sobre o compartilhamento equânime do cuidado da criança entre os responsáveis.

## 6 RESULTADOS/ DISCUSSÃO

No subtítulo a seguir, discute-se os processos sociais que centralizam as mulheres no cuidado da criança.

### 6.1 Direitos e deveres iguais: responsabilidade compartilhada?

Hoje no Brasil, dispõe-se de um conjunto de políticas públicas para proteção e promoção do desenvolvimento de crianças e adolescentes, tanto na área da saúde, como na assistência social, educação e segurança. Como destacado anteriormente, o ECA assume centralidade entre as políticas que discutem uma abordagem atualizada sobre os direitos deste público, formalizando a responsabilidade de todas as instituições, como Estado, sociedade civil e família pelo cuidado e proteção de crianças e adolescentes.

Entretanto, o art. 22 do ECA determina que cabe aos pais

[...]o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais. [...] A mãe e o pai, ou os responsáveis, **têm direitos iguais e deveres e responsabilidades compartilhados no cuidado** e na educação da criança, devendo ser resguardado o direito de transmissão familiar de suas crenças e culturas [...] (Brasil, 1990, p. 14, grifo nosso).

Ou seja, no que compete ao núcleo familiar, as políticas não diferem as responsabilidades entre os responsáveis (pais e as mães), ao contrário, os colocam no mesmo nível de direitos e responsabilidades. Apesar disso, diferentes autores realizam uma leitura

crítica do cenário no qual essas famílias estão inseridas e como alguns processos sociais interferem na materialidade dos direitos e deveres entre homens e mulheres, bem como imputam centralidade do cuidado às mulheres.

Entre esses processos sociais, destaca-se o discurso cultural e histórico em relação à aptidão feminina para o cuidado, pois como descrito em capítulos anteriores deste trabalho, há um enredo complexo e arquitetado para que as mulheres sejam determinadas como as únicas com habilidades adequadas para cuidar dos filhos.

Leila Sanches de Almeida (2007) explica que até os dias atuais é difundido que a criação e educação dos filhos é de responsabilidade restrita da família, desconsiderando o compromisso da comunidade e Estado de contribuir para a garantia dos direitos e desenvolvimento das crianças. Para além de delegar a família, indireta e/ou diretamente atribui às mulheres estes cuidados infantis, necessitando que as trabalhadoras da camada média busquem outros arranjos para conseguir dar conta desta atribuição, acionando avós, tias, babás, creches e escolas, e eventualmente contando com o auxílio paterno.

Referente ao cuidado de crianças hospitalizadas, é inevitável que estes processos sociais também se repitam nos espaços de saúde, pois como discutido até o momento, essa condição e discurso não se altera no campo da saúde, especialmente em espaço hospitalar. Identificou-se, que as mulheres assumem majoritariamente a responsabilidade pelo cuidado dos seus filhos hospitalizados, e também pelo cuidado de seus companheiros e familiares, repercutindo em cobranças, abdicação de suas outras atividades e sobrecarga materna. Segundo Cristiane do Rosário Andrade e Ana Augusta Maciel

Na internação hospitalar da criança, geralmente, há a necessidade de um acompanhante da família. É no familiar que ela busca apoio e proteção, pois seu cuidado contempla o componente afetivo, tão necessário nesse momento. O cuidado à criança não é exclusividade da equipe de enfermagem ou dos outros profissionais da saúde no hospital. A família também cuida, a partir de seus referenciais e conhecimento. Assim, o cuidado à criança passa a ser dividido entre a equipe de enfermagem e o familiar cuidador, que a acompanha. [...] Na maioria das vezes, quem fica ao lado da criança no momento da hospitalização é a mãe (Andrade; Maciel, 2016, p. 07).

As mães assumem os cuidados de filhos em âmbito doméstico e hospitalar, auxiliando a equipe de saúde no manejo com a criança e suas demandas de saúde biopsicossocial, garantindo segurança e manutenção dos vínculos afetivos. Entretanto, a autora Valeska Zanello (2016) expõe que mesmo que uma mulher não tenha seus próprios filhos, ela é vista como naturalmente cuidadora (capaz de maternar), tendo condições e devendo empregar esse

“dom” no cuidado de outras pessoas (pais, irmãos, sobrinhos, doentes da família). Isto é, as mulheres inseridas em qualquer núcleo familiar, sejam elas mães ou não, serão acionadas como primeira e principal opção para acompanhar algum familiar em contexto de hospitalização.

Essa naturalização do cuidado também reflete nos espaços privados, fazendo com que as mulheres assumam com frequência todos os afazeres do lar, e ainda sejam julgadas como egoístas, fáticas, entre outros termos de caráter pejorativo caso não assumam essa função de cuidar do âmbito doméstico e familiar (Zanello, 2016). Esta imposição exige os homens (pais) de assumir igualmente suas responsabilidades com o lar e com os filhos, limitando sua contribuição ao provimento das condições financeiras e materiais (Souza, 2010). Wegner e Pedro complementam explicando que essa função de cuidadora também está atrelada a questões relacionadas à geratividade<sup>19</sup> e as dificuldades dos homens em desempenhar o cuidado com os filhos (Wegner; Pedro, 2010).

A criança hospitalizada tem direito a um acompanhante em todo o período que estiver em uma internação pediátrica, devendo os estabelecimentos de atendimento à saúde “[...]proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável [...]” (Brasil, 1990, p. 17-18). Isto porque a criança já está em um local diferente, com alta rotatividade de pessoas e estando na presença de um familiar, aceita melhor que o pai ou mãe realizem as tarefas de banho, troca de fraldas e administração de medicamentos (preparados pela enfermagem). O ambiente torna-se mais familiar e menos assustador, possibilitando que a criança fique o mais próximo possível do seu cotidiano doméstico, mantendo vínculo com seus afetos e interesses pessoais (Moura; Ribeiro, 2004).

Mesmo que os modelos atuais de assistência às crianças indiquem “[...] a presença dos pais nas unidades de saúde hospitalares, a sua participação na assistência e o envolvimento em todo o processo de vida da criança, reforçando a parentalidade, o fortalecimento da inserção dos sujeitos no cuidado [...]”, este dever não é compartilhado igualmente entre os responsáveis (Melo et al, 2014, p. 437-438). Isto porque como destacado acima, cultural e socialmente os homens não foram inseridos ou responsabilizados igualmente como as

---

<sup>19</sup> A geratividade é um conceito presente nas percepções das mulheres em geral e bem evidente nessas cuidadoras-leigas, o qual diz respeito ao aprendizado do cuidado que perpassa diferentes gerações, sendo por isto contínuo, ou seja, a mãe ensina a filha, que ensina as suas filhas com auxílio da avó; tias, primas, todas as pessoas do gênero feminino estão inclusas no ensino do cuidado familiar. Isto tem fortes influências culturais que caracterizam práticas seculares e cuidados leigos próprios, mas a sobrevivência destes princípios pode estar comprometida, principalmente pela busca de mudança de papéis da mulher contemporânea (Wegner; Pedro, 2010, p. 337).

mulheres pelo processo de cuidado à saúde, seja ele sobre os filhos ou demais familiares (Menezes; Maia, 2020).

Geralmente a mãe assume sozinha a responsabilidade de cuidar e acompanhar a criança doente durante a hospitalização, vivenciando a solidão e isolamento, sofrendo com o cansaço extremo, depressão, ansiedade, medo, com diminuição da autoestima e da qualidade de vida, afastando-se dos outros filhos e preocupando-se com a rotina da família e do “abandono” de suas funções sociais (Macedo et al, 2015 apud Bezerra, 2017; Silveira; Angelo; Martins, 2008). Entretanto, se houvesse “[...] o envolvimento e participação de outros membros da família diante da ocorrência da hospitalização de um de seus membros, poderia tornar menos árdua essa experiência e contribuiria para uma convivência mais solidária de todos os envolvidos” (Wegner; Pedro, 2010, p. 340).

Como apontado pela autora Rosiran Carvalho de Freitas Montenegro (2019), a tarefa de cuidar é atravessada por diversos marcadores sociais como classe, gênero, raça, cultura, entre outros. A interlocução entre esses marcadores pode ser entendida como interseccionalidade<sup>20</sup>, e ao encontrarem-se tem como efeito a intensificação das desigualdades entre os gêneros. Acaba sendo as esposas, mães, filhas e netas (e demais mulheres que compõem a família) que sofrem com a sobrecarga do cuidado, independente se ao assumir o cuidado isso afete seus projetos de vida e suas condições de saúde.

Outro fator que contribui para que as mulheres assumam majoritariamente o cuidado de crianças hospitalizadas, é o receio que elas sentem de compartilhar este espaço de cuidado, pois como discutido, os homens ao longo da história da sociedade não foram incluídos diretamente nessa prática. Referente a isso, Moura e Ribeiro (2004, p.387) contribuem explicando que a presença da mãe ao lado do filho hospitalizado é mais comum, “[...] devido à insegurança em se afastar do filho, deixando sua vida cotidiana em terceiro plano. O pai, apesar de estar envolvido com a criança, mostra-se inseguro e sem condições emocionais de enfrentar essa situação”. Neste contexto, os homens ao assumirem o papel de provedor principal da família, entendem que já desempenham com dedicação a função de pai, delegando os cuidados corporais às suas companheiras ou as mulheres que compõem seu núcleo familiar (Souza, 2010). Diante destes receios,

---

<sup>20</sup> A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw, 2002, p. 177).

[...] é de suma importância minimizar este tipo de exclusão, que gera, muitas vezes, um grande sentimento de frustração e que reforça ainda mais o distanciamento masculino das questões relativas à saúde dos filhos. Para isso, é necessário considerar os aspectos socioculturais e os preconceitos que permeiam o simbólico imaginário masculino tanto dos profissionais quanto da população usuária dos serviços de saúde. [...] Para isso, é fundamental que o pai/cuidador seja visto também como um indivíduo responsável pelo bem-estar da criança nas diversas fases da sua vida, devendo ser incorporado às atividades rotineiras realizadas pelas equipes de saúde [...] (Brasil, 2012, p. 27-28).

É imprescindível que seja atribuído aos homens o papel de corresponsável, habilitado e consciente para aprender e executar o cuidado, tanto em espaços de saúde, como na vida doméstica, mesmo que historicamente os homens tenham sido afastados dessas obrigações (Lyra et al., 2003). O autor Lyra et al. complementa ainda que

Coube ao homem a não-participação em qualquer situação de cuidado; ao contrário das mulheres, o âmbito de atuação masculina deu-se no público, exigindo destes uma postura de enfrentamento de riscos e obstáculos. Seu papel seria de produzir e administrar riquezas, garantindo o sustento familiar, além de garantir segurança e valores morais para a família (Lyra et al, 2003. p. 83).

Assim, trabalhar estes argumentos históricos, bem como estes receios que mães e mulheres cuidadoras possuem de compartilhar o cuidado com os homens e pais, parte principalmente do movimento de desmitificar o cuidado como algo nato ao feminino, pois qualquer indivíduo, dispondo de condições físicas, intelectuais e psicológicas pode desempenhar e se apropriar das rotinas de cuidado.

Direcionar o ato de cuidar como atribuição unicamente do público feminino, reproduz um imaginário onde homens não ‘conseguem’ assumir a responsabilidade pelo cuidado de forma igualitária como as mulheres. Diante disso, a autora Carolina Macedo Teykal propõe uma importante discussão sobre como alterar este comportamento entre ambos os gêneros, esclarecendo que

[...] a resignificação do homem e, conseqüentemente, do pai, o que ainda deve levar várias gerações para se impor, vai tornar as diferenças entre homens e mulheres cada vez mais sutis, ao admitir nas mulheres atitudes mais viris e ao permitir que os homens tenham também atitudes mais femininas. A revolução parental só será possível através de relações mais igualitárias entre casal, refletindo uma masculinidade mais aberta e menos caricaturada. Porém, esta reinvenção de homens e mulheres deve abranger um novo olhar sobre eles, uma nova interpretação do que seja masculinidade e feminilidade, e não simplesmente uma inversão de papéis (Teykal, 2007 apud Souza, 2010, p. 43)

Como já discutido, ao excluir os homens do cuidado, as mulheres tornam-se centrais neste cenário, estimulando discursos retrógrados sobre o que compete ou não aos gêneros. Outro elemento que incentiva a centralidade de mulheres no cuidado de crianças, principalmente hospitalizadas, é a escassez de políticas públicas assistenciais, visto que “A doença e a necessidade de hospitalização da criança geram dificuldades na reorganização dos papéis familiares e funções sociais, tais como trabalho, estudo e lazer, muitas vezes interrompidos pela situação, ocasionando instabilidade na dinâmica familiar (Silveira; Angelo; Martins, 2008, p. 214).

Necessário lembrar que as políticas públicas, de certa forma, colaboram com essa sobrecarga do cuidado, visto que a instituição família sempre esteve incorporada nos arranjos de proteção social, pois o Estado sempre se beneficiou com a participação da família na provisão do bem-estar de seus membros. E, novamente, impondo que as mulheres assumissem este papel de provedoras junto às políticas públicas (Mesquita, 2011).

Quando a criança é hospitalizada, a família precisa se organizar para garantir que um dos responsáveis a acompanhe e são as mulheres que majoritariamente assumem esta posição. Além da sobrecarga física e mental, podem ter que lidar com o rompimento de seus vínculos empregatícios, pois diante de uma internação hospitalar a criança tendo suporte de ambos os pais, historicamente há a preferência que a mãe assuma a atribuição como acompanhante e o pai continue sendo o provedor, pois essa é a lógica cultural estabelecida e que se reproduz nas relações familiares por muitas décadas.

Em uma pesquisa realizada com famílias no processo de cuidado de crianças hospitalizadas, as autoras Menezes e Maia confirmam esta realidade, constatando que é comum as mães assumirem a responsabilidade do cuidado e que “[...]muitas rompem seus vínculos com o trabalho para dedicarem-se integralmente ao cuidado da criança”(Menezes; Maia, 2020, p. 14).

Isto contribui para que seu acesso e permanência no mercado de trabalho seja difícil, já que essas responsabilidades recaem de modo desigual sobre elas (Santos, 2019). Além disso, não existe respaldo legal vigente que ampare as mulheres que necessitam se afastar de suas funções remuneradas. O autor Souza (2010) contribui refletindo que as políticas brasileiras não incentivam a participação paterna se comparado à materna, exemplo disso é a disparidade em relação à licença maternidade e paternidade. Enquanto as mulheres “gozam” de 180 dias, os homens possuem apenas 05 dias após o nascimento do filho, isto quando ambos os pais possuem seguridade previdenciária.



A ausência de políticas públicas direcionadas a grupos que necessitam conciliar família e trabalho também contribuem para a manutenção dessa lógica, de centralidade do cuidado como atribuição da mulher, uma vez que:

A insuficiência dessas políticas ou mesmo o seu alto custo gera uma sobrecarga nas famílias, especialmente as mais pobres que, sem condições de recorrer a serviços privados, distribuem internamente as demandas de reprodução e de cuidados que, como regra, acabam por demandar por mais tempo a dedicação da força de trabalho feminina às atividades a serem realizadas no interior das famílias (Santos, 2019, p. 51).

Como resposta a estas dificuldades, Santos (2019) aponta algumas estratégias que poderiam auxiliar nessa conciliação entre família e trabalho, como a possibilidade de flexibilidade do horário, a opção de contratos de tempo parcial ou de trabalhar no domicílio, licenças de trabalho (licenças maternidade, paternidade ou de assistência à família), a assistência no cuidado de dependentes (disponibilidade de creches) e/ou a parcerias com instituições de cuidado de crianças, entre outras.

São várias as circunstâncias que contribuem para que a população feminina não consiga romper ou minimizar a sobrecarga que há em relação ao cuidado com a família e com os filhos, especialmente quando estes estão na condição de hospitalização. O contexto social, cultural e político atual impossibilita que de fato exista a responsabilidade compartilhada e equânime entre homens e mulheres, pais e mães. Falta ainda incentivo por parte do poder público e a elaboração de políticas que deem conta dessa mentalidade inclusiva. A família e não apenas as mulheres devem estar envolvidas no cuidado em âmbito hospitalar, sendo necessário a criação de mecanismos que reforcem a responsabilidade dos outros membros da família quanto suas obrigações e deveres, principalmente os homens e pais, tencionando sobre a importância de ambos genitores participarem do processo de cuidar (Farina, 2014), estimulando que o ato de cuidar seja partilhado entre os pais, que devem ser exigido no mesmo nível de dedicação, atribuições e responsabilidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por muito tempo as crianças não eram vistas como indivíduos de direitos, viviam em condições desumanas, à mercê de violências e do abandono. Aos poucos a imagem que se tinha sobre elas começa a ser alterada, passam a ser percebidas na sociedade como sujeitos que demandam cuidado e atenção específicos para suas demandas e particularidades.

Assim, formula-se um discurso sobre a valorização da infância, responsabilizando a família, o Estado e a sociedade civil pelo desenvolvimento deste grupo. Documentos legais como a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) passam a formalizar esse compromisso e incorporar o entendimento de que esses indivíduos são prioridade no país e integram um grupo vulnerável, que necessita de políticas que atendam suas demandas no âmbito da saúde, educação, lazer, cultura, alimentação, etc. Ressalta-se que o ECA surge como marco importante, consolidando avanços em relação à proteção e promoção à vida das crianças e dos adolescentes no país.

Em relação às ações voltadas a assistência a saúde das crianças, foi analisado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que norteia os cuidados direcionados a esse público, garantindo integralidade na assistência à saúde e considerando os determinantes sociais e as condições que atravessam o processo de saúde-doença, buscando estabelecer medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento da infância, de forma saudável e reduzindo os riscos de adoecimento.

A política não determina que as mulheres sejam as principais executoras do cuidado, contudo, por focar na saúde materno infantil, desencadeia que elas sejam as cuidadoras principais, já que desde a gestação são responsáveis por assegurar a assistência ao neonato, dispondo eventualmente ou não de uma rede de apoio e/ou auxílio paterno.

A PNAISC estimula a participação paterna (homens), para que eles possam se apropriar das práticas de cuidado e futuramente tornar-se um suporte para as mães (mulheres). Mas infelizmente há ausência de um compromisso por parte da política de saúde de incluir os homens em igualdade como as mulheres (mães) nessas práticas.

A política menciona a família como responsável por participar dos cuidados junto com os profissionais da saúde, porém como destacado pelos autores discutidos neste trabalho, quando delega-se a família, direciona-se esta atribuição às mulheres, necessitando que elas busquem arranjos para dar conta desta demanda, acionando avós, tias, irmãs, madrinhas, cunhadas, etc para assumir este papel.

As mulheres como cuidadoras principais, é resultado do processo histórico e cultural de como as relações sociais se estabelecem na sociedade. Por muito tempo se disseminou o discurso de que as mulheres tinham condições biológicas propícias para o cuidado, em razão da maternidade, com isso, instintivamente saberiam cuidar do outro. Os homens, entretanto, assumiram o papel de provedor, esta era a sua única e exclusiva contribuição no cuidado, pois tudo que envolveria o espaço doméstico, inclusive cuidar dos filhos, não caberia a eles.

Diante disso, as mulheres se apropriaram da maternidade como uma possibilidade de ocupar um espaço na sociedade onde fossem valorizadas e respeitadas, já que as únicas oportunidades disponíveis eram o casamento e a constituição da família. Importante pensar que a maternidade e paternidade, são vivenciadas de forma distintas, enquanto as mulheres são exigidas a assumir a maternagem e associá-la ao seu subjetivo, a paternagem é assumida conforme os interesses e limitações masculinas.

No decorrer deste trabalho, foi pontuado por diversas vezes que ambos os responsáveis possuem os mesmos direitos e deveres com os filhos, contudo, dificilmente isso é aplicado em relação ao cuidado direto à saúde das crianças (filhos), especialmente em âmbito hospitalar. Isso ocorre, devido aos diferentes processos sociais que atribuem a mulheres centralidade no cuidado, como o discurso cultural e histórico sobre a aptidão feminina para o ato de cuidar, visto que elas detém habilidades que os homens ao longo dos anos não foram estimulados a possuir.

Assim, as mulheres são as principais acompanhantes de crianças hospitalizadas, vivenciando este momento muitas vezes sozinhas e isoladas, sofrendo com a sobrecarga física e mental e com o abandono de suas outras funções. Mesmo que a presença dos pais seja reforçada nestes espaços, o cuidado não é compartilhado igualmente, pois os homens não são responsabilizados como as mulheres. Há também o receio das mesmas de inserirem os homens nessas práticas, pois se sentem inseguras em se afastar dos filhos ou que os homens não tenham condições de lidar com o contexto de hospitalização e cuidado.

Isto ocorre porque os homens não são incluídos historicamente nos cuidados dos filhos e as mulheres também estão suscetíveis a internalizar esse discurso sobre o seu gênero ser o único capacitado para essa prática. Diante disso, é necessário que seja realizado um movimento que desmistifique o cuidado como uma habilidade exclusiva feminina, mas que qualquer indivíduo dispondo de condições físicas, intelectuais e psicológicas, possui condições para executá-la.

Outro fator que atribui às mulheres centralidade no cuidado de crianças hospitalizadas é a escassez de políticas públicas assistenciais que conciliam família e trabalho (exceto auxílio

maternidade), visto que quando a criança é hospitalizada, um dos responsáveis necessita acompanhá-la e são as mulheres que se inserem nessa organização, correndo os riscos de romper com seus vínculos empregatícios e sem nenhum respaldo de políticas para este momento de afastamento de suas atividades remuneradas.

A autora Montenegro (2019) elucida que as condições para a experiência de cuidar são dadas historicamente, influenciada pelas condições de acesso a bens e serviços tanto por parte da família como das mulheres (a quem é delegada a tarefa de cuidar). A discussão e a ruptura dessa desigualdade, onde as mulheres assumem centralidade no cuidado necessita sair do âmbito doméstico e familiar para o coletivo, estimulando igualdade entre homens e mulheres, ao mesmo tempo que também garanta proteção coletiva às necessidades vitais daqueles que precisam de cuidados.

Diante deste contexto, enquanto Assistentes Sociais, é importante que se tenha cuidado em não reproduzir esta mentalidade, visto que ao exigir das referências femininas respostas aos comportamentos das crianças e adolescentes ou o compromisso com o cuidado, a sua atuação [...] reforça o machismo e responsabiliza unilateralmente a mulher, sem questionar a responsabilidade do homem no processo” (CFESS, 2019); (CFESS, 2019, p. 19). Visando instruir os assistentes sociais diante dessas temáticas, o Conselho Federal do Serviço Social (CFESS) elaborou documentos que destacam o posicionamento da categoria, denominada ‘Assistente Social no combate ao preconceito’.

Em seu caderno número 6, aborda a discussão sobre a sobrecarga feminina e o machismo, explicando que há possibilidade de o machismo estar presente no trabalho dos assistentes sociais, seja no âmbito das regras institucionais ou nas práticas efetuadas pelas equipes com quem o profissional trabalha. “[...]” Isso ganha ainda mais relevo em um cenário de ausência/precariedade das políticas e sua substituição pelo aumento da sobrecarga do trabalho feminino” (CFESS, 2019, p. 19). Isto é, o profissional de serviço social não está isento de conscientemente ou inconscientemente reproduzir esses discursos históricos e culturais sobre os papéis sociais de gênero, porém, deve comprometer-se em garantir que não seja uma prática constante e determinante em suas atividades com as famílias das crianças hospitalizadas.

Desta forma, aponta-se neste estudo que a construção social e cultural dos papéis sociais de gênero é um dos principais fatores que delega às mulheres centralidade no cuidado de crianças hospitalizadas. É preciso repensar sobre essas colocações, que mesmo havendo este direcionamento do cuidado às populações femininas, não há impedimentos legais ou institucionais, exceto culturais e históricos, que impeçam que as mulheres compartilhem com

os pais (homens) e a família o ato de cuidar. Assim, cabe a elas também realizar este movimento de incluí-los neste espaço, se necessário os instruindo e assistindo.

Para além deste movimento interno dentro das famílias e relações, é necessário promover discussões nas equipes de saúde sobre a responsabilidade compartilhada e equânime entre homens e mulheres, bem como o desenvolvimento de políticas públicas que se comprometam com a inclusão dos homens/pais em práticas de cuidado de forma concreta, estimulando que os mesmos se sintam capazes e responsáveis igualmente, uma vez que possuem os mesmos direitos e deveres das mulheres/mães.

## 8 REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia; LUZ, Madel. **Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado.** Revista de . Enfermagem, UERJ ; 11(2): 153-158, ago. 2003. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-397715>>. Acesso em: 24 de nov. de 2023.

ALMEIDA, Leila Sanches de. **Mãe, cuidadora e trabalhadora:** as múltiplas identidade de mães que trabalham. Revista do Departamento de Psicologia - UFF, v. 19 - n. 2, p. 411-422, Jul./Dez. 2007. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rdpsi/a/chXjpfGr4HKSHFw4BJzrvFG/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 16. de agos. de 2023.

ANDRADE, Cristiane do Rosário; MACIEL, Ana Augusta. **A internação conjunta:** vivência de acompanhantes de crianças hospitalizadas. Revista Norte Mineira de Enfermagem, 2016. Disponível em:<<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2529/2569>>. Acesso em: 30 de set. de 2022.

AQUILINI, Guiomar de Haro; DIAS, Edney Cielici. **As mulheres e o trabalho não remunerado na região metropolitana de São Paulo.** Análise Seade, 2014. Disponível em:<<https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/linkPdf.php?pdf=10041436-1.pdf>>. Acesso em: 30 de set. de 2022.

AUAD, Daniela. **Educar meninos e meninas:** relações de gênero na escola. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2018.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BERALDO, Rita de Cassia. **Ajustando o foco das lentes:** outro olhar sobre o papel da mulher nas famílias contemporâneas. Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana, 2012, 23(1); 39 - 48. Disponível em:<[https://www.rbsh.org.br/revista\\_sbrash/article/view/208/189](https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/208/189)>. Acesso em: 20 de nov. de 2023.

BEZERRA, Amanda Marques. **A sobrecarga das mães frente à hospitalização infantil.** Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul: Campo Grande, 2017. Disponível em:<<https://inisa.ufms.br/files/2019/06/SOBRECARGA-DAS-M%C3%83ES-FRENTE-%C3%80-HOSPITALIZA%C3%87%C3%83O-INFANTIL.pdf>>. Acesso em: 12 de out. de 2022.

BORGES, Tábata Milena Balestro; DETONI, Priscila Pavan. **Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2017, vol. 20, n. 2, p.143-157. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v20n2/a04v20n2.pdf>>. Acesso em: 12 de out. de 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 2016a. Disponível em:<[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)>. Acesso em: 12 de out. de 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências, 1990. Disponível em:<<https://domainpublic.files.wordpress.com/2022/02/eca-atualizado.pdf>>. Acesso em: 30 de set. de 2022.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 09 de set. de 2023.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)>. Acesso em: 09 de set. de 2023

\_\_\_\_\_. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, p. 272, 2012. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 18 de nov. de 2023.

\_\_\_\_\_. **Resolução no 510 de 7 de abril de 2016**. Conselho Nacional de Saúde, 2016b. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)>. Acesso em: 08 de set. de 2022.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>>. Acesso em: 09 de set. de 2023.

CFESS. **Machismo**. Assistente social no combate ao preconceito: caderno 6. CFESS Manifesta, 2019. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno06-Machismo-Site.pdf>>. Acesso em: 24 de nov. de 2023.

COLLET, Neusa. et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Revista Brasileira de Enfermagem, nov-dez;67(6):1000-7, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 de set. de 2023.

CONTATORE, Octávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice de. **Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia**. Comunicação, Saúde e Educação, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/BjXd3Vt3fL4rQT4xHHwJfJr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 nov. 2023.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Estudos Feministas, v1.n1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 10 de out. de 2023.

DEITOS, Juliano Marcelino; SOBZINSKI, Janaina Silvana. **O materialismo histórico e dialético: contribuições para a análise de políticas educacionais**. Impulso, Piracicaba, 2015. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/impulso/article/download/2101/1660>>. Acesso em: 06 de jul. 2022.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2007. Disponível em: <[https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/300166/mod\\_resource/content/1/MC2019%20Minayo%20Pesquisa%20Social%20.pdf](https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/300166/mod_resource/content/1/MC2019%20Minayo%20Pesquisa%20Social%20.pdf)>. Acesso em: 25 de agos. de 2022

FARINA, Beatriz et al. **Efeitos do adoecimento e hospitalização infantil no desenvolvimento de pais cuidadores**, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/s38r5Wfp59kQJxgWpKm9ygn/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 30 de set. de 2022.



FREITAS, Bia Cruz Freitas; DAL PRÁ, Keli Regina. **A responsabilização da família por cuidados em saúde:** um estudo com famílias de crianças e adolescentes com deficiência e ou doenças crônicas. Anais Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em:<[https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo\\_3\\_174.pdf](https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_174.pdf)>. Acesso em: 13 de agos. de 2023.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e. et al. **Paternidade:** responsabilidade social do homem no papel de provedor. Rev Saúde Pública 2009;43(1):85-90. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009.v43n1/85-90/pt>>. Acesso em: 14 de agos. de 2023.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional.** In: FAZENDA. Metodologia da pesquisa educacional. São Paulo: Cortez, 1994.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

\_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4<sup>a</sup> ed. São Paulo. Editora Atlas, 2007.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho.** Cadernos de Pesquisa, v.37, n. 132, p. 595-609, 2007. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/cp/a/cCztcWVvvtWGDvFqRmidsBWQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 de nov. de 2023.

KUCHEMANN, Berlindes Astrid; PFEILSTICKER, Zilda Vieira de Souza. **Cuidado com os idosos e as idosas:** um trabalho feminino e precário. In: IV Seminário de Trabalho e Gênero, 2010. Universidade Federal de Goiás, 2010. Anais...Goiás, 2010. Disponível em:<[https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/245/o/Astrid\\_Zilda.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/245/o/Astrid_Zilda.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2022.

LYRA, Jorge et al. **Homens e cuidado:** uma outra família?. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003. Disponível em:<<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/handle/11465/1731>>. Acesso em: 12 de dez. de 2022.

MACEDO, Eliza Cristina; et al. **Sobrecarga e qualidade devida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica:** revisão integrativa, 2015. *apud* BEZERRA, Amanda Marques. **A sobrecarga das mães frente à hospitalização infantil.** Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul: Campo Grande, 2017. Disponível

em:<<https://inisa.ufms.br/files/2019/06/SOBRECARGA-DAS-M%C3%83ES-FRENTE-%C3%80-HOSPITALIZA%C3%87%C3%83O-INFANTIL.pdf>>. Acesso em: 12 de out. de 2022.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello.

**Maus-tratos infantis:** um resgate da história e das políticas de proteção. Acta Paulista de Enfermagem, 2010. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/ape/a/nchdTGMYGvGJJSKhvkJWMyq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso: 13 de set. de 2023.

MELO, Elsa Maria de Oliveira Pinheiro. et al. **Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2014;22(3):432-9, 2014. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/x53PC8fzKRGntGjkMfKZBZt/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 30 de set. de 2022.

MENEZES, Meirielle Soares de; MAIA, Ingrid Bezerra Costa. **A participação da família no processo de cuidado da criança hospitalizada.** Revista Serviço Social & Saúde, v. 19, Campinas, 2020. Disponível

em:<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8661082>>. Acesso em: 18 de nov. de 2023.

MESQUITA, Andréa Pacheco de. **A Família como centralidade nas Políticas Públicas: a Constituição da Agenda Política da Assistência Social no Brasil e as Rotas de Reprodução das Desigualdades de Gênero.** II Conferência do Desenvolvimento (CODE). Brasília, DF, 2011. Disponível

em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/245378/TCC%20Geovana%20Spohr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 24 nov. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança:** PNAISC, publicado em 04 de novembro de 2022. Disponível

em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-pnaisc>>. Acesso em: 11 de set. de 2023.

MONTENEGRO, Rosiran Carvalho de Freitas. **Mulheres e cuidado:** responsabilização, sobrecarga e adoecimento. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v.16 n.1, 2019. Disponível em:<<https://periodicos.ufes.br/abepss>>. Acesso em: 30 de set. de 2022.

MOURA, Eunice Vieira de; RIBEIRO, Nair Regina Ritter. **O pai no contexto hospitalar infantil.** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2004 dez;25(3):386-95. Disponível

em:<[https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23530/000504722.pdf?sequence=1&locale=pt\\_BR](https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23530/000504722.pdf?sequence=1&locale=pt_BR)>. Acesso em: 12 de out. de 2022.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. **A maternidade na história e a história dos cuidados maternos.** Revista Psicologia, Ciência e Profissão, 2004. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/pcp/a/3sCV35wjck8XzbyhMWnhrzG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 de set. de 2023.

MOZZATO, Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração:** Potencial e Desafios. RAC - Revista de Administração Contemporânea, vol. 15, núm. 4, julho-agosto, 2011. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84018975010>>. Acesso em: 24 de nov. de 2023.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. **Análise de Discurso:** princípios e procedimentos. 6. ed. Campinas, SP: Pontes, 2005.

OXFAM BRASIL. **Tempo de cuidar:** o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. Documento informativo da OXFAM, janeiro de 2020. Disponível em:<<https://www.oxfam.org.br/forum-economico-de-davos/tempo-de-cuidar/#:~:text=A%20desigualdade%20econ%C3%B4mica%20est%C3%A1%20fora,a%20crise%20global%20da%20desigualdade.>>>. Acesso em: 18 de nov. de 2023.

PASSOS, Luana; GUEDES, Dyeggo Rocha. **Participação feminina no mercado de trabalho e a crise de cuidados da modernidade:** conexões diversas. Revista Planejamento e Políticas Públicas, n. 50, 2018. Disponível em:<<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/download/847/462>>. Acesso em: 09 de set. de 2023.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

RAGO, Luzia Margareth. **Do cabaré ao lar:** a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

SANTOS, Volney Campos dos. **Trabalho e responsabilidades familiares:** desigualdades entre homens e mulheres no uso do tempo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, p. 201, 2019. Disponível em:<<https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/2942/1/VOLNEY%20CAMPOS%20DOS%20SANTOS.pdf>>. Acesso em: 17 de nov. de 2023.

SCOTT, Joan. **Gênero:** uma categoria útil de análise histórica. In: Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez., 1990.

SILVA, Brenda Albuquerque Adriano da; BRAGA, Liliane Pereira. **Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar:** uma revisão integrativa. Rev. SBPH vol. 22 no. 1, Rio de Janeiro – Jan./Jun. – 2019. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a14.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. de 2023.

SILVA, Bruna Camilo de Souza e. **Patriarcado e teoria política feminista:** possibilidades na ciência política. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte/ MG, 2019. Disponível em:<<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/31963/4/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Bruna%20Camilo%20-%20Vers%C3%A3o%20Final%20encadernada.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. de 2023.

SILVEIRA, Aline Oliveira; ANGELO, Margareth; MARTINS, Sabrina Rodrigues. **Doença e hospitalização da criança:** identificando as habilidades da família. Revista de Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):212-7. Disponível em:<<https://repositorio.usp.br/directbitstream/7ea604f1-0505-4fc2-a22a-a6c9dee97e6c/ANGELO%2C%20M%20doc%2066.pdf>>. Acesso em: 20 de nov. de 2023.

SIMÕES, Fatima Itsue Watanabe; HASHIMOTO, Francisco. **Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX.** Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas, Nº. 02 – Ano I – 10/2012. Disponível em:<[http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/Mulher-mercado-de-trabalho-e-as-configura%C3%A7%C3%B5es-familiares-do-s%C3%A9culo-XX\\_fatima.pdf](http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/Mulher-mercado-de-trabalho-e-as-configura%C3%A7%C3%B5es-familiares-do-s%C3%A9culo-XX_fatima.pdf)>. Acesso em: 08 de set. de 2023.

SINIGAGLIA, Bruna. **O papel laboral da mulher na sociedade brasileira contemporânea:** uma análise sobre sua evolução, a partir de um estudo de caso em uma empresa do município de Santa Rosa-RS. Dissertação (Mestrado em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social) - Universidade de Cruz Alta - Unicruz, Rio Grande do Sul, p. 159. 2018. Disponível em:<<https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2019/06/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Bruna-Sinigaglia.pdf>>. Acesso em: 20 de nov. de 2023.

SOMBRA, Ana Quesado; LEONARDO, Geórgia. **Papéis sociais e desigualdade de gênero no espaço escolar:** uma pesquisa bibliográfica. Rev. Nova Paideia -Revista Interdisciplinar em Educação e Pesquisa Brasília/DF, v. 3, n. 2. p.3 –16–ANO 2021. Disponível em:<<https://ojs.novapaideia.org/index.php/RIEP/article/view/90/55>>. Acesso em: 15 de nov. de 2023.

SOUZA, Jôse Peixoto da Rocha. **Os homens no século XXI no cuidado dos filhos:** um papel social em aberto. Dissertação ( Mestrado em Psicologia Social) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, p. 127, 2010. Disponível em:<[https://www.btd.uerj.br:8443/bitstream/1/15285/1/Dissert\\_Jose%20Peixoto.pdf](https://www.btd.uerj.br:8443/bitstream/1/15285/1/Dissert_Jose%20Peixoto.pdf)>. Acesso em: 17 de nov. de 2023.

TEYKAL, Carolina Macedo. **De pai para filho: uma reflexão sobre identidade paterna e transmissão intergeracional em duas diferentes gerações.** apud SOUZA, Jôse Peixoto da Rocha. **Os homens no século XXI no cuidado dos filhos: um papel social em aberto.** Dissertação ( Mestrado em Psicologia Social) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, p. 127, 2010. Disponível em:<[https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/15285/1/Dissert\\_Jose%20Peixoto.pdf](https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/15285/1/Dissert_Jose%20Peixoto.pdf)>. Acesso em: 17 de nov. de 2023.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo da Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em:<[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4233509/mod\\_resource/content/0/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em\\_Ciencias-Sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4233509/mod_resource/content/0/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf)>. Acesso em: 25 de agos. de 2022.

TURCK, Maria da Graça Gomes. **Serviço social metodologia da prática dialética.** Porto Alegre, Editora Gratürck, 2012.

VASCONCELOS, Márcia. **Responsabilidades familiares.** In:Revista do Observatório da Igualdade de Gênero, Brasília, 2009. Disponível em:<[https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/relatorios\\_dados\\_pesuisas\\_estatisticas/revista\\_do\\_observata3rio\\_brasil\\_da\\_igualdade\\_d\\_e\\_gaanero.pdf](https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/relatorios_dados_pesuisas_estatisticas/revista_do_observata3rio_brasil_da_igualdade_d_e_gaanero.pdf)>. Acesso em: 12 de out. de 2022.

WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. **Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):335-42.Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rw8ZcpFhxQymmhsTG8GQD8L/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 18 de nov. de 2023.

ZACARIAS, Inez Rocha. **A influência da teoria marxiana no Trabalho do assistente social.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em:<<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/532/1/445281.pdf>>. Acesso em:28 de jul. de 2022.

ZANELLO, Valeska. **Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a psicologia.** In: ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge (Org.). **Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a psicologia.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p. 103-122, 2016