



11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

Eixo: Política Social: fundamentos histórico-teóricos, análise, avaliação e financiamento

Perspectivas do cuidado familiar à saúde da criança no HUPE

Alessandra de Moraes Castro¹

Kenia Bianco da Silva Nellis²

Larissa Gonçalves Gomes³

Yasmin Martins Farias⁴

Resumo: O presente trabalho objetiva problematizar a relação do cuidado entre as crianças e as famílias atendidas pelo Serviço Social na Atenção à Saúde da Criança, localizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). A análise fundamenta-se nas vivências do ambulatório de pediatria e nas três enfermarias pediátricas – Unidade de Terapia Intensiva Pediatria (UTIP), Cirurgia Pediátrica (CIPE) e Enfermaria de Pediatria. Ademais, busca-se refletir sobre o caráter familista das políticas sociais, com ênfase na centralidade das mulheres como principais responsáveis no processo de cuidado, bem como sobre as questões políticas-sociais e seus rebatimentos nas condições de vida dessas mulheres.

Palavras-chave: cuidado; familismo; saúde; criança; serviço social.

Perspectives on Family-Centered Child Health Care at HUPE

Abstract: This study aims to examine the care provided to children and families served by the Social Work Department in the Child Health Care Unit at Pedro Ernesto University Hospital (HUPE). The analysis is based on experiences in the pediatric outpatient clinic and in the three pediatric wards—the Pediatric Intensive Care Unit (PICU), Pediatric Surgery (CIPE), and the Pediatric Ward. Furthermore, the study seeks to reflect on the family-centered nature of social policies, with an emphasis on the central role of women as primary caregivers in the care process, as well as on political and social issues and their impact on these women's living conditions.

Keywords: care; family-centered care; health; children; social work.

¹Assistente social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Especializanda do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde (CESS) na modalidade Residência na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Email: alessandracaastro.em@gmail.com

²Assistente Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Especializanda do curso de Especialização em Serviço Social e Saúde (CESS) na modalidade Residência na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Email: keniabnellis28@gmail.com.

³ Assistente Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e Especializanda do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde (CESS) na Modalidade de Residência na Uerj. Email: larissaseso@hotmail.com.

⁴Assistente Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e Especializanda do Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde (CESS) na Modalidade de Residência na Uerj. Email: yasminassistentesocial.rj@gmail.com

Introdução

O trabalho busca retratar as perspectivas do cuidado familiar a partir da inserção na Especialização em Serviço Social e Saúde, modalidade residência, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A atuação na área da saúde da criança, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), permitiu identificar múltiplas problemáticas, especialmente em relação às famílias e aos cuidados destinados às crianças.

O Serviço Social na Atenção à Saúde da Criança atua no ambulatório de pediatria, com as mais diversas especialidades, e nas três enfermarias pediátricas – Unidade de Terapia Intensiva Pediatria (UTIP), Cirurgia Pediátrica (CIPE) e Enfermaria de Pediatria. Apesar de existir determinadas diferenças entre os espaços, nota-se como a família desempenha um papel central neles. Nesse sentido, evidencia-se uma grande responsabilidade atribuída às famílias em relação aos cuidados com as crianças.

A lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a Lei Orgânica de Saúde e institui o Sistema Único de Saúde (SUS), ao reconhecer a saúde como direito fundamental e atribuí-la como dever do Estado, indica que essa responsabilidade é compartilhada, entre outros, com a *família*. Do mesmo modo, a lei nº 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), expressa essa responsabilização compartilhada em relação às famílias, que possuem o dever de assegurar os direitos de crianças e adolescentes.

Logo, a família possui centralidade, sendo “[...] invocada e evocada como sujeito fundamental no processo de cuidado tanto no sentido de sua responsabilidade do cuidado, como de ser objeto de cuidado” (Mioto e Dal Prá, 2015, n.p).

Analisar e refletir sobre essa temática é essencial, sobretudo com a Política Nacional de Cuidados de 2024⁵ e o Plano Nacional de Cuidados de 2025⁶. Elas são consideravelmente recentes, mesmo diante de algo histórico que é a família como principal instância cuidadora. Nesse sentido, parte-se do ponto que é necessário debater sobre a temática e suas atualizações, articulando-as ao contexto prático que é o visualizado no cenário de trabalho com crianças e suas famílias.

⁵ Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024.

⁶ Portaria conjunta MDS/Mulheres/MDHC Nº 35, de 11 de dezembro de 2025.

Desenvolvimento

A criança⁷ é um sujeito em condição peculiar de desenvolvimento e hodiernamente existem diversas normativas e leis que asseguram sua sobrevivência e os seus direitos, como em relação à saúde, instituída pelo ECA como um direito fundamental.

Entretanto, nem sempre a infância foi vista dessa forma.

Anteriormente, sobretudo com o Código de Menores de 1927 e 1979, crianças e adolescentes eram entendidos como inferiores a adultos. O próprio termo “*menor*”, inteiramente pejorativo, já apresenta a inferioridade que era muito difundida naquela época. Trata-se essencialmente de um ajuste a uma sociabilidade pautada em uma racionalidade burguesa. Crianças e adolescentes – principalmente negros e pobres – eram denominados como “[...] ‘menores abandonados’, ‘menores delinquentes’, ‘menores carentes’ [...]” (Silva; Silva; Araújo, 2024, p.34).

Em 1970 e 1980, especialmente na redemocratização brasileira, houve grande mobilização em defesa aos direitos de crianças e adolescentes. Diante disso, há a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) em 1990, um marco legal para a proteção integral deste segmento que passa a ser reconhecido como sujeito de direitos (Silva; Silva; Araújo, 2024). Além disso:

[...] essa relação passou a colocar para a sociedade um conjunto de mudanças e desafios de notório ordenamento jurídico, sendo alguns destes: (a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a formulação e a execução das políticas sociais públicas; (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (Silva; Silva; Araújo, 2024, p. 35).

O termo “*menor*” deixa de ser utilizado como aquele que deveria ser o foco das ações repressivas do Estado. Além de conceber que crianças e adolescentes não se encontram em “*situação irregular*”, porque na realidade o principal problema é o desinteresse do Estado em proporcionar as condições básicas necessárias de existência. Logo, seria então dever do Poder Público garantir e reproduzir essas condições para seu pleno desenvolvimento.

Portanto, é assumido um conteúdo contrário às legislações anteriores, como os códigos de menores, que enxergavam a periculosidade como uma conduta pessoal, inerente ao “*menor*” e não algo decorrente das desigualdades geradas pelos processos de

⁷ Segundo o ECA (1990), considera-se criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos.

formação da sociedade brasileira, implicadas pelo fim da escravidão e a inserção ao novo modo de produção capitalista, que aprofunda cada vez mais as desigualdades políticas, sociais e econômicas. Atualmente, com a visão de infância proposta pelo ECA, crianças são consideradas em sua totalidade e demandam proteção integral. Sendo assim, rompe com o histórico estigmatizado, em que havia diferenciação das infâncias, descontinuando com o caráter segregador e criminalizante.

No que se refere à mulher, ela faz parte dos três pilares para reprodução da força de trabalho no modo de produção capitalista, como destaca Bhattacharya (*apud* Gomes Filho, 2023), ao se referir a mulher como *genitora* de trabalhadores ativos para o acúmulo do capital. Portanto, além de reproduzir/gerar trabalhadores, ainda são a parcela da sociedade que mais são responsabilizadas pelos cuidados não remunerados – casa, filhos e cuidados com familiares. Como destaca Lise Vogel:

De modo geral, a reposição geracional fornece a maioria dos novos trabalhadores necessários para reabastecer essa classe e a capacidade das mulheres de gerar filhos desempenha um papel crucial na sociedade de classes [...] Nas classes proprietárias [...] a opressão às mulheres advém de seu papel na manutenção e herança da propriedade [...] Nas classes subordinadas [...] a opressão feminina [...] deriva do envolvimento das mulheres nos processos que renovam os produtores diretos, assim como seu envolvimento na produção (Vogel, 1983, p. 129).

Discutir a dimensão de gênero, é fundamental para compreendermos as assimetrias existentes entre homens e mulheres ao longo da história em distintas sociedades. Há um aparente consenso entre os estudiosos sobre a categoria gênero, como uma dimensão que advém da construção social do que é masculino e feminino, no entanto, no imaginário social ainda aparece muitas vezes como algo dado ou natural.

Este tema é central para os movimentos feministas, na medida que se apresenta como elemento crucial para entender a origem da dominação masculina e sobre a construção da identidade social feminina. Segundo Federici (2004), a divisão hierárquica das atribuições humanas e a identificação das mulheres com uma concepção degradada da realidade corporal foi historicamente instrumental para a consolidação do poder patriarcal e para a exploração masculina do trabalho feminino. Com isso, na sociedade capitalista, o corpo para as mulheres é o principal espaço de exploração, forçado a funcionar também como meio de reprodução.

Já a família não é algo natural, mas resultado de formas históricas de organização entre os humanos que, para sobreviverem e se reproduzirem, construíram modos de se relacionar entre si e com a natureza. Ao longo do tempo surgiram modelos de família, como a família patriarcal, cisgênera e heterossexual, construída sobretudo na centralidade da figura masculina – detentora do poder – enquanto a figura feminina seria responsável pelas atividades de cuidado do lar e das crianças.

No Brasil, “*trabalho*” e “*família*” foram postos como objetos centrais no sistema de proteção social, estabelecido no período inicial do século XX (Goldani, 2005 *apud* Miotto 2020). Isso configura um sistema familista, constituído por “*políticas de família*”, que foram essenciais para responder as requisições de reprodução da força de trabalho no cenário de emergência do capitalismo (Fonseca, 2001 *apud* Miotto, 2020).

Esping-Andersen (*apud* Bernardo, 2018) apresenta que o familismo denomina a organização da política pública com extensa atuação da família na provisão de necessidades sociais, enquanto há a redução do papel do Estado. Com isso, o familismo enquadra as famílias como responsáveis principais pelo seu bem-estar social (Campos; Miotto, 2003 *apud* Wiesi; Ronzoni, 2020). Diante dessa racionalidade, quando as famílias não atingem o esperado, são lidas como “*desajustadas ou desestruturadas*”.

A partir da realidade vivenciada no Serviço Social na Atenção à Saúde da Criança em um hospital de alta complexidade como o HUPE, com casos que exigem acompanhamento sistemático, o caráter familista é facilmente revelado na atuação profissional das categorias de saúde. Essa abordagem profissional é identificada tanto por meio dos relatos das famílias quanto pela observação direta da equipe de Serviço Social⁸ sobre a atuação dos demais profissionais.

Adriana Pinto (2023), ex-residente de Serviço Social na Atenção à Saúde da Criança do HUPE, apresenta em seu Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) a perspectiva da feminização do cuidado e a responsabilidade familiar através de entrevista com as cuidadoras. Ela apresenta que as políticas públicas familistas e legislações da criança e adolescente inclinam sobre a família e sociedade a responsabilidade pelo cuidado. Tal fator está presente na educação, alimentação e proteção, até que atinjam a

⁸ Ressalta-se que profissionais do Serviço Social não estão isentos de cometer falhas, como por exemplo a responsabilização e culpabilização familiar. No entanto, ao exercer a profissão pautada no Código de Ética do/a Assistente Social de 1993 e na lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão, há o dever com a garantia dos direitos e necessidades dos usuários, logo, sem práticas morais que tonifiquem desigualdades.

fase adulta. O Estado entra para intervir apenas em último caso, de forma parcial e focalizada.

O ato de cuidar no âmbito da família funciona como um trabalho não pago que, em sua maioria, gera efeitos negativos como em qualquer outro processo de trabalho. Ademais, adoecimentos físicos e psíquicos, em decorrência da responsabilização do cuidado, foram expostos pelas entrevistadas de Pinto (2023).

Pinto (2023), diante sua pesquisa, destaca sobre os profissionais e a falta de preparo “[...] alinhado a um ideário conservador e moralista no que condiz a percepção de família que ocasiona cobranças, julgamentos de valor, e solicitações impróprias, que acabam por sobrecarregar o cuidador principal e afastá-lo do profissional [...]” (p. 66). Além disso, a autora apresenta de forma clara como as expressões da “questão social” são confundidas com negligência por parte da família.

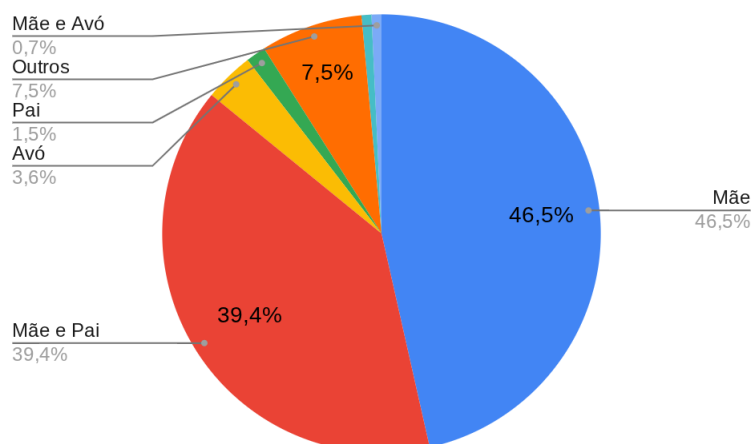
Os apontamentos feitos por Pinto (2023) são pertinentes e observados pela equipe atual de assistentes sociais na saúde da criança. Nesse âmbito, o familismo se expressa de forma naturalizada, sendo reforçado pela perspectiva da qual os profissionais têm sobre o papel da família, o que resulta na transferência das responsabilidades que deveriam ser do Estado para as famílias – sobretudo as mulheres –, incluindo julgamentos de valor e cobranças por parte das equipes.

As instituições de saúde não estão isentas de perpetuar julgamentos familistas, uma vez que demonstrar cuidado no momento de adoecimento é valorizado pelos profissionais. O discurso da corresponsabilidade é difundido, retratando a necessidade do elo entre o Estado, a sociedade civil e o mercado. Esse discurso é difundido para agilizar as desospitalizações. Mas a responsabilização maior recai aos familiares, que precisam fornecer as condições de cuidados pós alta e o acesso a direitos sociais. Logo, o Estado consegue reprimir cada vez mais seu papel na garantia de direitos aos usuários.

Diante dos fatos supracitados, os gráficos “cuidador” e “acompanhante” trazem consigo elementos que possibilitam a ilustração do cenário do cuidado à saúde da criança. A coleta de dados foi realizada por meio da Planilha de Registro Diário de 2025, referentes ao segundo semestre. Esse instrumento de trabalho é utilizado para registrar as informações provenientes das entrevistas sociais realizadas com os responsáveis das crianças atendidas pelo Serviço Social na Atenção à Saúde da Criança do HUPE. Os dados serão tratados e transformados em objetos de análise, corroborando para novos

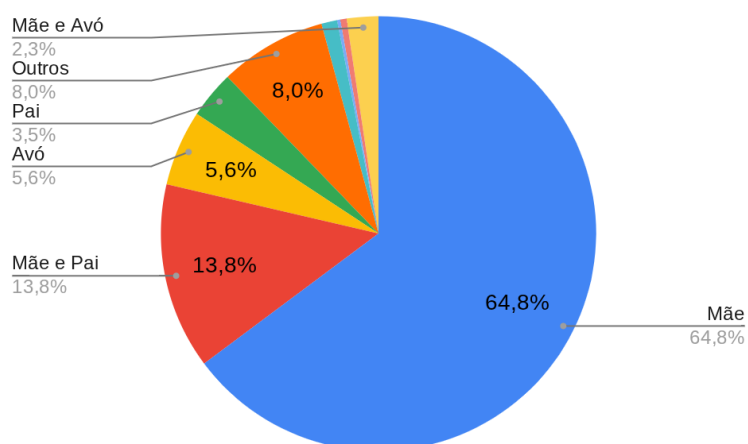
planos de trabalho e produções acadêmicas voltadas à área. Conforme o gráfico 1 e 2, contagem semestral de julho a dezembro:

Gráfico 1 - Contagem semestral - Cuidador



Fonte: Registro diário de atendimentos 2025 - Serviço Social Saúde da Criança.⁹

Gráfico 2 - Contagem semestral - Acompanhante



Fonte: Registro diário de atendimentos 2025 - Serviço Social Saúde da Criança.

No gráfico 1, observa-se que, ao serem questionados sobre quem realiza os cuidados da criança, a maioria dos responsáveis indica a mãe como principal cuidadora com 46,5%, seguida pela categoria mãe e pai com 39,4%. Destacam-se ainda a

⁹ A análise de dados é correspondente a quatrocentos e vinte e oito (428) atendimentos nos quatro espaços de atuação do Serviço Social (ambulatório, enfermaria, UTIP e CIPE) no período de julho a dezembro de 2025. O item “Outros” contido nos gráficos refere-se a categorias com registro de atendimentos menores que cinco (5), a saber: família extensiva, instituição, abrigo, guardiães, pais adotivos, elementos esses não explicitados diretamente.

participação da avó materna, que aparece como 3,6%. O gráfico 2 revela que a mãe representa 64,8% dos casos. Esse dado tensiona os resultados do primeiro gráfico, na medida em que a corresponsabilização entre mãe e pai, que anteriormente correspondia a 39,4% no âmbito dos cuidados, reduz para 13,8% quando analisada a presença no acompanhamento hospitalar.

Nesse sentido, nota-se que há uma prevalência de mulheres, especificamente mães, como principais responsáveis pelos cuidados com a criança. Os números acima demonstram que exercer o cuidado ainda é algo extremamente direcionado às mulheres, pois, além de serem as principais responsáveis, ainda são aquelas que acompanham seus/suas filhos(as) nas consultas e internações médicas.

O protagonismo da mulher enquanto cuidadora provoca o auto sacrifício em prol do cuidado do outro (Gesser; Zirbel; Luiz, 2022). Espera-se que essas mulheres abdicuem do cuidado de si, da formação profissional e do trabalho remunerado para dedicarem-se exclusivamente aos cuidados de suas crianças, passando a ofertar mais cuidado do que recebem. Além de integrarem a parcela não remunerada pelos cuidados fornecidos, essa desigualdade se acentua no contexto brasileiro. Segundo dados do IBGE (2022), houve aumento na proporção de mulheres responsáveis pelas unidades domésticas – chefes de família –, alcançando 49,1% dos lares.

O Estado neoliberal realiza vários cortes orçamentários, resultando na expropriação dos direitos sociais. O sucesso ou fracasso torna-se quase exclusivo do indivíduo, instaurando-se a meritocracia. Assim, as políticas sociais estão cada vez mais orientadas pelo mercado. A presença da família aumenta, e “[...] há intervenção pública apenas se a família não consegue se responsabilizar pela proteção e cuidado de seus membros” (Gesser; Zirbel; Luiz, 2022, p. 8).

Evidencia-se a exploração e a desigualdade de gênero, especialmente diante da falta de políticas públicas voltadas às genitoras que precisam abdicar de suas rotinas para se dedicar ao cuidado de crianças com deficiência/adoecidas, muitas vezes recorrendo ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) como única fonte de renda. Ainda que se observe a proposição de iniciativas no âmbito legislativo, como o Auxílio Mãe Atípica (AMA) instituído pelo Projeto de Lei nº 1.520/2025, que prevê apoio financeiro e psicossocial a mães ou responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência severa ou com Transtorno do Espectro Autista (TEA), tais medidas são recentes e permanecem

no campo da proposição. Há uma lacuna entre a demanda existente e a efetivação de políticas públicas estruturadas e voltadas à essas mulheres.

Segundo as Orientações para Implementação (2018)¹⁰ da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) do ano de 2015, a identificação da criança como prioridade dá subsídio à essencialidade da atenção integral à sua saúde. Além disso, por possuírem dependência de adultos – sociedade e responsáveis/familiares – e pelo interesse de um desenvolvimento adequado de gerações futuras, constituem-se políticas que priorizam a atenção às crianças (Brasil, 2018).

A perspectiva de atenção integral pressupõe vínculos entre criança, cuidador/familiar e profissionais, com a responsabilização compartilhada como um dos princípios essenciais – a corresponsabilização. O trabalho em rede e a articulação de experiências e saberes entre a equipe também se mostra como um fator determinante de saúde (Brasil, 2018). Nesse sentido, faz-se importante uma organização de ações e serviços tanto para as crianças quanto para sua família,

[...] articulados com a rede de atenção à saúde como potencializadora dos recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutive à sua necessidade, garantindo a continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção, diagnóstico, tratamento e de reabilitação, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção até a recuperação completa da criança (BRASIL, 2005a). (Brasil, 2018, p. 23).

As Orientações para Implementação da PNAISC (2018) afirma pontos cruciais em relação à criança e inclui sua família no processo de atenção, não apenas como cuidador, mas como alguém a ser acolhido, escutado e alvo da proteção social.

A portaria conjunta MDS/Mulheres/MDHC Nº 35 (2025), estabelece setenta e nove ações para o Plano Nacional de Cuidados, distribuídas em cinco eixos e dezessete estratégias de ação. O Decreto nº 12.562/2025 institui como público prioritário: crianças e adolescentes; pessoas idosas; pessoas com deficiência; e trabalhadoras e trabalhadores do cuidado – remunerados ou não (Brasil, 2023). O cuidado é definido como:

[...] trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e à reprodução da vida humana, da força de trabalho, das sociedades e da economia e à garantia do bem-estar de todas as pessoas. Abrange a preparação de alimentos, limpeza, gestão e organização da casa, além de atividades de cuidado e apoio a pessoas [...] que dependem de terceiros para realizar atividades básicas [...] e/ou instrumentais da vida diária — como gerenciar recursos (Brasil, 2023, p. 15).

¹⁰ Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação.

O cuidado é um direito e naturalmente todas as pessoas precisam dele ao longo da vida, em alguns momentos de maneira mais complexa e intensa (Brasil, 2023). A criança por ser um ser humano em desenvolvimento exige cuidados específicos, porém, isso pode ser acentuado quando se trata de crianças com condições específicas de saúde, gerando um aumento das ações direcionadas ao cuidado.

Além disso, o cuidado é um direito da cidadania e deve haver um sistema protetivo vasto, de caráter universal e não contributivo (Carloto, 2020). Segundo Mioto (2020), é urgente a desconstrução do paradoxo entre a proteção familiar, familista e mercadológica, com a responsabilização da família na proteção social. Ademais, quanto mais mercado e família neste processo, menos cidadania e mais desigualdade.

Considerações finais

No Brasil configura-se uma organização do cuidado desigual, injusta e insustentável. Expressando, assim, desigualdades estruturais de gênero, raça, classe, territoriais. O cuidado, quando não é afirmado como direito, é provido pelas famílias. Nesse âmbito, predomina a concepção do cuidado como assunto privado que deve ser solucionado diante das possibilidades e recursos da família, acarretando na reprodução de desigualdades, vulnerabilidades e pobreza (Brasil, 2023).

O familismo se expressa de forma naturalizada no cuidado em saúde das crianças, sendo reforçado pela perspectiva que os profissionais têm sobre o papel da família. Assim, resulta na transferência das responsabilidades que deveriam ser do Estado para as famílias e no julgamento e cobranças por parte das equipes.

Em conclusão, faz-se necessário fortalecer a relevância do debate do cuidado, principalmente consolidado agora com uma política – lei nº 15.069 – que define o cuidado como direito social, tirando o peso da responsabilidade das famílias, com a corresponsabilização. Logo, o debate precisa ser difundido nas categorias nas quais realizam ações diretas com famílias, a fim de romper com a perspectiva familista que responsabiliza e pune mulheres, pois, são elas as principais responsáveis pelo cuidado.

Referências

BERNARDO, M. H. J. **A produção de cuidados na família e as políticas para o envelhecimento.** Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 16, n. 42, p. 65-80, 2º sem. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** Brasília, DF: 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: 07 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 28 abr. 2026.

BRASIL. **Lei Nº. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 07 de maio de 2026.

CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social. Aprovado em 13 de março de 1993 pela Resolução CFESS nº 273/1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011. In: CFESS. Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social. Brasília (DF): CFESS, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/LEGISLACAO_E_RESOLUCOES_AS.pdf. Acesso em: 07 de maio de 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Ministério das Mulheres; Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Plano Nacional de Cuidados: Brasil que Cuida.** Brasília, DF: Governo Federal, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/brasil-que-cuida/plano/Plano_Nacional_de_Cuidados.pdf. Acesso em: 15 mar. 2026.

CARLOTO, Cassia M. **Cuidados, produção e reprodução social: uma abordagem a partir da economia feminista.** In: TEIXEIRA, S. M.; CARLOTO, C. M. (orgs.). Família, cuidado e políticas sociais. Campinas: Papel Social, 2020. p. 49-64.

GESSER, Marivete; ZIRBEL, Ilze; LUIZ, Karla Garcia. **Cuidado na dependência complexa de pessoas com deficiência: uma questão de justiça**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 30, n. 2, 2022.

GOMES FILHO, Antoniel dos Santos. **Teoria da Reprodução Social em Tithi Bhattacharya**. In : Soares, Maria de Lourdes (Org.). Uma sociedade em contexto: História, transformações e desafios. Campina Grande: Licuri, 2023, p. 1-7. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/376999412_Teoria_da_Reproducao_Social_em_Tithi_Bhattacharya> Acesso em: 26 de maio de 2026.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2022: em 12 anos, proporção de mulheres responsáveis por domicílios avança e se equipara à de homens**. Agência IBGE Notícias, Rio de Janeiro, 25 out. 2024. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41663-censo-2022-em-12-anos-proporcao-de-mulheres-responsaveis-por-domicilios-avanca-e-se-equipara-a-de-homens> Acesso em: 02 maio 2026.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. **Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira**. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (orgs.). *Familismo, direitos e cidadania: contradições das políticas sociais*. São Paulo: Cortez, 2015.

MIOTO, Regina. **Família contemporânea e proteção social: notas sobre o contexto brasileiro**. In: FÁVERO, Eunice T. (org.). *Famílias na cena contemporânea: (des)proteção social, (des)igualdades e judicialização*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 23-44.

PINTO, Adriana de Jesus Garcia. **A responsabilização feminina nos cuidados de crianças com doenças crônicas e a naturalização institucional: qual a percepção das mulheres cuidadoras dos ambulatórios de Pediatria do HUPE?** 2023. 75 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização em Serviço Social e Saúde – CESSS, Modalidade Residência) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. 2o edição, São Paulo: Editora Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2004. Disponível em: <
https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/genero_web.pdf

SILVA, Neidy Márcia de Souza; SILVA, Welison Matheus Fontes da; ARAÚJO, Maria Luiza Oliveira de. **Atenção à saúde da criança e do adolescente**. In: MATOS, Maurílio Castro de et al. (Orgs.) *Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde*. Uberlândia (MG): Navegando publicações, 2024, p. 34-39. Disponível em: https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_a2f45be5ebc24813a565b2b343034572.pdf. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

VICENTE, Claudia de Oliveira; ALMEIDA, Carla Cristina Lima de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus. **Família e Saúde**. In: MATOS, Maurílio Castro de et al. (Orgs.) Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde. Uberlândia (MG): Navegando publicações, 2024, p. 238-243. Disponível em: https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_5be0241a86ac4cf0bbb351c3e55be469.pdf. Acesso em: 30 de abr. de 2026.