



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

**O Trabalho não pago das mulheres nas famílias e a organização do
cuidado**

**Cuidado como trabalho invisível: divisão sexual do trabalho e
familismo na política de saúde**

Bruna Alexandra Campos¹
Cristiane de Godoy Sartori Zimmer²
Débora Ferreira Lima Diniz da Silva³
Ednea de Oliveira Duarte Dias⁴
Stephani Inocente Ribeiro da Silva⁵

Resumo: O presente estudo apresenta algumas reflexões sobre a organização do cuidado no contexto hospitalar do Hospital Universitário de Londrina (HU/UEL). O objetivo foi refletir sobre a tendência familista na política de saúde. Fundamentado em abordagem qualitativa e referencial crítico, articula dados sobre acompanhantes de pacientes internados e encaminhamentos à Casa de Apoio Amigos do HU às categorias de divisão sexual do trabalho e reprodução social. Os resultados evidenciam a predominância feminina no cuidado, especialmente quando as demandas por cuidado se intensificam e que apesar de avanços normativos, a política de saúde permanece sustentada pelo trabalho não pago feminino.

Palavras-chave: Política de saúde; Cuidado; Gênero; Familismo.

Abstract: The present study presents some reflections on the organization of care in the hospital context of the Hospital Universitário de Londrina (HU/UEL). The objective was to reflect on the familial tendency in health policy. Based on a qualitative approach and critical reference, it articulates data on companions of hospitalized patients and referrals to the HU Friends Support House to the categories of sexual division of labor and social reproduction. The results highlight the predominance of women in care, especially when demands for care intensify and that despite regulatory advances, health policy remains supported by women's unpaid work.

Keywords: Health policy; Care; Gender; Familism.

¹ Assistente Social do Hospital Universitário de Londrina, pós graduada em Advocacia Feminista e o Direito da Mulher pela Faculdade Legale, bruna.campos.alexandra@hotmail.com

² Assistente Social do Hospital Universitário de Londrina, Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, cristianezimmer@uel.br

³ Assistente Social do Hospital Universitário de Londrina, pós graduada em Saúde Pública pela Universidade Cesumar, debora.assistentesocial21@gmail.com

⁴ Assistente Social do Hospital Universitário de Londrina, pós graduada em Rede de Atenção Psicossocial e Cuidados Paliativos pela Faculdade Focus, baldan_duarte@hotmail.com.

⁵ Assistente Social do Hospital Universitário de Londrina, pós graduada em Saúde Pública pela Universidade Cesumar, stephaniinocente@gmail.com



1. INTRODUÇÃO

A política de saúde brasileira, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem reafirmado a importância da participação da família no processo de cuidado, tratamento e reabilitação dos usuários. Tal diretriz encontra respaldo em princípios como a integralidade da atenção, a humanização do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre usuários, familiares e equipes de saúde, sendo frequentemente apresentada como elemento fundamental para a qualidade do atendimento em saúde.

Entretanto, a centralidade atribuída à família nas políticas públicas não pode ser compreendida de forma isolada ou descontextualizada. Ela se insere em um modelo de proteção social marcado por desigualdades estruturais e por processos de retração da ação estatal, nos quais a responsabilização do âmbito privado, em especial da família, tende a se intensificar. No cotidiano dos serviços de saúde, essa dinâmica revela que a participação familiar no cuidado não se distribui de maneira equitativa entre seus membros, recaindo predominantemente sobre as mulheres.

A organização do cuidado no interior da política de saúde brasileira tem revelado a centralidade das famílias e, particularmente, das mulheres, na sustentação cotidiana dos processos terapêuticos. Tal realidade permite problematizar a articulação entre os ideários do familismo e do maternalismo, compreendidos como fundamentos implícitos que orientam práticas institucionais e naturalizam a centralidade feminina no cuidado em saúde.

Nesse contexto, o presente artigo analisa dados referentes aos acompanhantes de pacientes internados em um Hospital Universitário do Paraná, no mês de novembro de 2025, articulando-os ao debate teórico sobre familismo e divisão sexual do trabalho. A discussão incorpora o debate acerca da Política Nacional de Cuidados e da Política Nacional de Humanização. Além disso, tecem-se considerações sobre a atuação da Casa de Apoio Amigos do HU de Londrina como mediação institucional do cuidado, compreendida simultaneamente como estratégia de acolhimento aos familiares e como expressão das contradições que atravessam a proteção social no campo da saúde.

O estudo desenvolve-se a partir de uma abordagem qualitativa, orientada pela perspectiva crítico-dialética, com base em dados produzidos no cotidiano institucional do Hospital Universitário de Londrina, no âmbito da atuação profissional do Serviço Social. Foram utilizados como procedimentos metodológicos a análise de documentos institucionais e a sistematização de informações referentes ao acompanhamento de pacientes internados e à utilização da Casa de Apoio por familiares durante o período de internação, conforme orientações para pesquisa qualitativa em saúde (MINAYO, 2020). O mês de novembro de 2025 foi selecionado por corresponder ao período mais recente com dados sistematizados disponíveis no momento da pesquisa.

Cabe explicitar que os dados apresentados neste estudo referem-se ao sexo biológico dos acompanhantes, conforme registrado nos sistemas institucionais do Hospital Universitário



de Londrina. As informações disponíveis não possibilitaram a identificação da autodeclaração de gênero dos sujeitos, uma vez que tal variável não é contemplada nos instrumentos de registro analisados. Assim, utiliza-se a classificação por sexo como categoria empírica disponível, reconhecendo seus limites analíticos. Ainda que gênero e sexo não sejam categorias equivalentes, a utilização do sexo biológico permite evidenciar tendências estruturais na distribuição social do cuidado, historicamente associadas às mulheres, sem desconsiderar a complexidade e a diversidade das identidades de gênero.

A interpretação do material empírico fundamenta-se em um referencial teórico crítico, ancorado nos estudos sobre política social, família, gênero e cuidado, possibilitando articular as situações observadas às determinações estruturais que atravessam a política de saúde. A análise não se orienta por uma perspectiva meramente descritiva, mas pela problematização das condições sociais e institucionais que sustentam a centralidade familiar e feminina no cuidado em saúde.

A participação feminina no acompanhamento hospitalar não se configura apenas como expressão de vínculo afetivo ou solidariedade familiar, mas como trabalho de cuidado não pago, indispensável à operacionalização cotidiana da política de saúde.

O artigo está estruturado da seguinte forma: inicialmente, discute-se o familismo como eixo estruturante das políticas sociais e sua expressão na política de saúde, indicando a centralidade feminina no cuidado. Posteriormente, são abordadas a Política Nacional de Cuidados e a Política Nacional de Humanização, evidenciando suas potencialidades e limites no enfrentamento das desigualdades de gênero. Na sequência, apresenta-se a análise empírica dos dados do Hospital Universitário de Londrina, com destaque para a participação das mulheres no acompanhamento hospitalar e na utilização da Casa de Apoio Amigos do HU. Por fim, são apresentadas as considerações finais, com reflexões sobre os desafios postos à política de saúde e à atuação do Serviço Social.

2. FAMILISMO E MATERNALISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE: GÊNERO, CUIDADO E RETRAÇÃO ESTATAL

O familismo constitui um dos eixos estruturantes das políticas sociais contemporâneas, pautadas na racionalidade neoliberal que estreita os direitos sociais a um mínimo assistencial, caracterizando-se pela atribuição à família da responsabilidade prioritária pela proteção social de seus membros. Conforme Pereira (2011), essa lógica se expressa quando o Estado atua de forma subsidiária, transferindo para as famílias encargos relacionados à satisfação das necessidades sociais. Boschetti (2009) sustenta que, em contextos de retração do Estado e de focalização das políticas sociais, a família passa a ser concebida como instância primordial de proteção social. Essa centralidade não decorre de um reconhecimento ampliado de direitos, mas da transferência de responsabilidades públicas para o âmbito privado, reforçando a ideia de que a família e, de modo particular, as mulheres, devem assumir encargos relacionados ao



cuidado, à proteção e à reprodução social. Tal movimento fragiliza a universalidade dos direitos e tensiona os princípios da seguridade social previstos na Constituição de 1988.

Na política de saúde, essa lógica se materializa na expectativa de que a família acompanhe o tratamento, assegure a adesão terapêutica e dê continuidade aos cuidados após a alta hospitalar. Como destacam Miotto e Dal Prá (2012), a família é convocada a ocupar posição central no processo terapêutico:

A família, no cenário dos serviços de saúde, passa a ser invocada e evocada como sujeito fundamental no processo de cuidado tanto no sentido de sua responsabilidade do cuidado, como de ser objeto de cuidado. Nesse sentido, uma rápida visita à literatura demonstra essa assertiva. Os grupos de familiares têm sido uma tônica nos serviços de saúde e eles aparecem segundo Bieleman et al. (2009, p.137), “[...] como uma forma de inserção da família e uma estratégia utilizada pelo serviço para contribuir no processo terapêutico do usuário, incluindo a família no serviço e instrumentalizando-a para o cuidado”. (MIOTTO; DAL PRÁ, 2012, s/p).

Ao analisar a inserção da família na política de saúde, Miotto e Dal Prá (2012) evidenciam que essa incorporação não se restringe ao reconhecimento de sua importância afetiva, mas opera como mecanismo de reorganização das responsabilidades no interior da política pública. Ao ser interpelada como “sujeito fundamental” do cuidado, a família assume funções que extrapolam o apoio relacional e passam a incluir tarefas técnicas e organizacionais, deslocando para o âmbito privado encargos que deveriam integrar a garantia pública do direito à saúde.

Contudo, conforme alerta Miotto (2010), a família não pode ser compreendida como uma unidade homogênea e igualmente capaz de responder às demandas que lhe são atribuídas. Trata-se de um espaço atravessado por desigualdades sociais, econômicas e de gênero, que condicionam de forma diferenciada a possibilidade de participação no cuidado. Nessa mesma direção, Silva e Souza (2024) afirmam:

A sensibilização da família e o levantamento da rede de apoio familiar são estratégias que devem ser problematizadas, pois a família pode ser um local de afeto e cuidado, como também um espaço de desproteção e violência, ou de ausência e rompimento de vínculos. Essa análise reforça a necessidade de compreender a complexidade das dinâmicas familiares e a importância de políticas sociais que reconheçam o papel das famílias, mas também assegurem o suporte e os recursos necessários para que possam cumprir suas responsabilidades de maneira adequada, sem sobrecarregar os indivíduos e garantindo condições de vida dignas para todos os seus membros. (SILVA; SOUZA, 2024, s/p).

Ao deslocar o olhar para as contradições presentes no interior das relações familiares, essa análise tensiona a noção idealizada de família frequentemente mobilizada pelas políticas públicas. Ao evidenciar que a família pode constituir simultaneamente espaço de proteção e de desproteção, os autores desconstruem a compreensão moralizante que a toma como instância naturalmente cuidadora, homogênea e sempre disponível. Tal perspectiva é fundamental para o debate sobre o familismo, pois revela que a transferência de responsabilidades para o âmbito privado desconsidera as condições materiais de existência das famílias, as desigualdades de gênero que estruturam a divisão interna do cuidado e as assimetrias de poder que atravessam as relações intrafamiliares.

Quando a política de saúde opera a partir dessa concepção abstrata de família, abre-se espaço para a naturalização de encargos que, na prática, recaem de forma desigual sobre seus membros. É nesse ponto que a lógica familista se articula ao ideário maternalista. Inserido no



interior do familismo, o ideário maternalista aprofunda a responsabilização das mulheres, atribuindo-lhes o cuidado como função socialmente esperada e naturalizada. Faleiros (2007) ressalta que as políticas sociais historicamente se apoiaram em concepções moralizantes da família, nas quais o cuidado é entendido como atribuição natural do feminino, desvinculada de seu caráter social e político.

Enquanto o familismo diz respeito à centralidade atribuída à família como instância privilegiada de provisão de bem-estar, o maternalismo opera na naturalização do cuidado como atribuição feminina, sustentado por construções sociais que vinculam mulheres à esfera reprodutiva.

Assim, a responsabilização genérica da família tende a se converter em responsabilização feminina. As mulheres e, particularmente, as mães passam a ser socialmente interpeladas como cuidadoras prioritárias, assumindo o acompanhamento terapêutico, a organização da rotina doméstica e a mediação com os serviços de saúde. Miotto (2010) contribui para essa análise ao revelar que o cuidado realizado pelas mulheres permanece invisibilizado enquanto trabalho, sendo socialmente desvalorizado e naturalizado. Essa lógica resulta na sobrecarga feminina, uma vez que as mulheres acumulam responsabilidades no cuidado em saúde, no trabalho doméstico e, frequentemente, no trabalho remunerado.

Quando essa responsabilização feminina se consolida como expectativa institucional, o cuidado passa a operar como trabalho não pago e socialmente invisibilizado. O acompanhamento a consultas, a permanência hospitalar, a administração de medicamentos, a reorganização da rotina familiar e a mediação com os serviços configuram atividades indispensáveis à continuidade do tratamento e à própria reprodução da vida. No entanto, tais tarefas permanecem fora do reconhecimento econômico e da proteção social, sendo absorvidas como extensão “natural” das atribuições femininas. Desse modo, a articulação entre familismo e maternalismo contribui para a manutenção da divisão sexual do trabalho, na qual o trabalho produtivo é valorizado e o trabalho reprodutivo, essencial ao funcionamento da sociedade, é desvalorizado e privatizado.

Esse movimento deve ser compreendido no contexto de redefinição do papel do Estado nas políticas sociais. A retração estatal, associada a uma racionalidade gerencialista que prioriza redução de custos, focalização e corresponsabilização, desloca progressivamente para as famílias encargos que deveriam compor a garantia pública do direito à saúde. Ao invés de ampliar serviços, suporte continuado e políticas estruturantes de cuidado, reforça-se a expectativa de que a família e, concretamente, as mulheres, absorvam as lacunas da proteção social. Assim, a centralidade atribuída à família não representa fortalecimento de direitos, mas pode significar a privatização do cuidado e a intensificação do trabalho feminino não remunerado.

Nesse cenário, a lógica familista não apenas ignora as desigualdades internas às famílias, como também se articula à insuficiência da provisão estatal, produzindo sobrecarga,



desgaste físico e emocional e aprofundamento das desigualdades de gênero e classe. A crítica a esse modelo não implica desconsiderar a importância das relações familiares no processo de cuidado, mas afirmar que o direito à saúde exige responsabilidade pública efetiva, com políticas que reconheçam o cuidado como questão social e não como obrigação moral atribuída às mulheres no espaço doméstico.

3. POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS, POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO CUIDADO

No campo da saúde, o debate sobre o reconhecimento do cuidado como direito dialoga diretamente com a Política Nacional de Humanização (PNH), que reconhece a presença da família como elemento central do cuidado, mas que também enfrenta limites quando não articulada a políticas estruturadas de suporte aos cuidadores. A PNH constitui um marco na organização da atenção à saúde no SUS, ao propor a valorização dos sujeitos, o fortalecimento dos vínculos e a ampliação da participação de usuários e familiares. No contexto hospitalar, reforça-se a presença da família como elemento central para a humanização do cuidado e para o apoio emocional aos pacientes.

Entretanto, conforme alerta Faleiros (2007), a valorização do vínculo não pode obscurecer as desigualdades sociais e de gênero que atravessam os sujeitos envolvidos. Quando a participação familiar ocorre sem a problematização das condições materiais e sociais que a viabilizam, tende a recair sobre aqueles sujeitos historicamente responsabilizados pelo cuidado. Nessa direção, a PNH, embora represente um avanço ético-político, pode acabar se articulando a uma lógica familista quando não acompanhada de políticas públicas que garantam suporte institucional aos familiares, evitando a privatização do cuidado e a sobrecarga feminina (Boschetti, 2009).

A análise dessa dinâmica exige situá-la na divisão sexual do trabalho, entendida como princípio organizador das relações sociais que atribui às mulheres a responsabilidade predominante pelo trabalho reprodutivo e de cuidado. Conforme Hirata e Kergoat (2007), a divisão sexual do trabalho estrutura-se a partir de dois princípios: o da separação, que distingue trabalho produtivo (masculino) e trabalho reprodutivo (feminino), e o da hierarquização, que atribui maior valor social ao trabalho associado ao mercado. Nesse marco, o cuidado, embora socialmente indispensável, permanece desvalorizado e naturalizado como extensão das “qualidades femininas”.

No interior do capitalismo, essa organização não é residual, mas estrutural. A reprodução social, entendida como o conjunto de atividades necessárias à manutenção e renovação da vida e da força de trabalho, constitui condição indispensável para a própria dinâmica da acumulação (Iamamoto, 2007). Desse modo, o cuidado não é apenas uma prática privada, mas componente estrutural da reprodução das relações sociais capitalistas. Nesse sentido, o cuidado realizado no âmbito doméstico não constitui apenas prática afetiva, mas dimensão estruturante da reprodução social, responsável por assegurar as condições materiais e



simbólicas de continuidade da força de trabalho. Contudo, parte significativa desse trabalho permanece invisível e não remunerada, sendo realizada majoritariamente no âmbito doméstico pelas mulheres. Como assinala Miotto (2010), o cuidado feminino tende a ser naturalizado, invisibilizado enquanto trabalho e incorporado às expectativas sociais como obrigação moral.

É nesse cenário que se insere a Política Nacional de Cuidados (PNaC), reconhecendo o cuidado como direito fundamental e instituída pela Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Essa política busca enfrentar desafios históricos relacionados à provisão, distribuição e reconhecimento social do trabalho de cuidado, promovendo a corresponsabilização entre o Estado, a família, o setor privado e a sociedade civil. Conforme dispõe a legislação:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Cuidados, destinada a garantir o direito ao cuidado, por meio da promoção da corresponsabilização social e entre homens e mulheres pela provisão de cuidados, consideradas as múltiplas desigualdades.

§ 1º Todas as pessoas têm direito ao cuidado.

§ 2º O direito ao cuidado de que trata o caput deste artigo compreende o direito a ser cuidado, a cuidar e ao autocuidado.

Art. 2º A Política Nacional de Cuidados é dever do Estado, compreendidos a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no âmbito de suas competências e atribuições, em corresponsabilidade com as famílias, o setor privado e a sociedade civil.

Parágrafo único. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir as suas políticas, em conformidade com o disposto nesta Lei. (BRASIL, 2024).

A formulação da PNaC representa avanço normativo ao reconhecer o cuidado como necessidade social e responsabilidade compartilhada. Ao deslocar o cuidado da esfera da moral e da solidariedade privada para o campo da cidadania e dos direitos sociais, a política tensiona a histórica associação entre cuidado e feminilidade. Sua implementação por meio do Plano Nacional de Cuidados prevê ações voltadas à promoção de direitos, à compatibilização entre trabalho e cuidado, à valorização do trabalho de cuidado remunerado e não remunerado, à governança intersetorial e à educação permanente. O plano também enfatiza que a política “tem por finalidade garantir o direito ao cuidado, por meio de políticas públicas que fomentem a corresponsabilização social e entre homens e mulheres no que se refere à provisão de cuidados” (BRASIL, 2024).

Todavia, conforme argumentam Boschetti (2012) e Pereira (2011), o reconhecimento formal de um direito não assegura sua materialização concreta. A efetivação do cuidado como direito social depende de financiamento público, expansão de serviços e criação de dispositivos institucionais capazes de sustentar a redistribuição do trabalho de cuidado. Em contextos marcados por restrições orçamentárias e permanência de práticas familistas, a corresponsabilização pode operar como mecanismo de deslocamento de encargos, mantendo a centralidade da família na provisão cotidiana.



Nesse sentido, iniciativas estaduais recentes, como a Bolsa Cuidador Familiar⁶ implementada no Paraná, sinalizam tentativas de reconhecimento do trabalho de cuidado.

No contexto hospitalar, essa contradição torna-se particularmente visível. A participação da família no tratamento é incentivada em consonância com os princípios da humanização, mas nem sempre acompanhada de políticas estruturadas de suporte aos cuidadores. Os dados do Hospital Universitário de Londrina indicam que essa participação segue sendo exercida majoritariamente por mulheres, revelando que a corresponsabilização proposta pelas políticas públicas ainda se concretiza de forma desigual.

Sob a lente da reprodução social, tal realidade demonstra que o trabalho não pago das mulheres continua sendo o principal sustentáculo da organização do cuidado em saúde. Ainda que a Política Nacional de Cuidados represente avanço normativo relevante, sua efetividade depende da capacidade de enfrentar estruturalmente a divisão sexual do trabalho, ampliar a responsabilidade estatal e reconhecer o cuidado como trabalho socialmente necessário e não como atributo natural das mulheres.

Dessa forma, a tensão entre avanço normativo e permanência de práticas familistas revela que o reconhecimento do cuidado como direito exige não apenas novas legislações, mas transformações nas bases materiais e simbólicas que sustentam a organização social do cuidado no Brasil.

4. A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO CUIDADO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A análise empírica realizada no Hospital Universitário de Londrina permite observar a materialização concreta das tendências teóricas anteriormente discutidas.

No mês de novembro de 2025 foram realizadas 1.897 internações e foram registrados 2.737 acompanhantes de pacientes internados no Hospital Universitário de Londrina. A distribuição desses acompanhantes segundo o sexo⁷ evidencia a predominância feminina, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos acompanhantes por sexo (novembro/2025)

⁶ A Bolsa Cuidador Familiar foi instituída pelo Governo do Estado do Paraná, no âmbito do programa *Paraná Amigo da Pessoa Idosa*, com implementação inicial em caráter piloto em 20 municípios, entre eles Londrina. O benefício, correspondente a meio salário-mínimo nacional, é destinado a familiares responsáveis pelo cuidado diário de pessoas idosas em situação de fragilidade clínico-funcional, inscritas no Cadastro Único e no Sistema de Informação da Pessoa Idosa do Paraná (SIPI/SESA). A iniciativa busca reconhecer e apoiar financeiramente o trabalho de cuidado exercido no âmbito familiar. Contudo, sua focalização, alcance territorial restrito e caráter experimental evidenciam os limites de políticas ainda pontuais frente à necessidade de institucionalização estrutural do cuidado como direito social e responsabilidade pública.

⁷ Os dados relativos ao perfil dos acompanhantes referem-se ao sexo biológico, conforme registros institucionais disponíveis. Não foi possível identificar a autodeclaração de gênero, uma vez que essa informação não integra os sistemas analisados. Reconhece-se, portanto, o limite metodológico da categoria sexo para a apreensão das relações de gênero, sendo esta utilizada como aproximação empírica das desigualdades estruturais que atravessam o cuidado em saúde



Sexo do acompanhante	Número absoluto	Percentual (%)
Feminino	1.671	61,0
Masculino	1.066	39,0
Total	2.737	100,0

Embora a presença masculina não seja irrelevante, a predominância feminina revela que a participação familiar no cuidado hospitalar ocorre de maneira generificada. A distribuição observada não pode ser compreendida como resultado de escolhas individuais ou mera expressão de vínculos afetivos, mas como manifestação concreta da divisão sexual do trabalho que estrutura a organização social do cuidado.

Conforme Hirata e Kergoat (2007), a divisão sexual do trabalho opera a partir dos princípios da separação e da hierarquização, atribuindo às mulheres a responsabilidade pelo trabalho reprodutivo e de cuidado, enquanto aos homens é historicamente associado o trabalho produtivo. A presença majoritária de mulheres no acompanhamento hospitalar confirma que o cuidado, ainda que indispensável à efetivação da política de saúde, permanece inserido na esfera do trabalho socialmente desvalorizado.

Sob a perspectiva da reprodução social (Iamamoto, 2007), o acompanhamento hospitalar constitui atividade fundamental para a manutenção da vida e da força de trabalho, sendo parte integrante da dinâmica social mais ampla. Entretanto, trata-se de trabalho não remunerado, invisibilizado e absorvido no interior das famílias. A política de saúde, ao pressupor a disponibilidade de acompanhantes, opera apoiando-se nesse trabalho invisível, o que evidencia a materialização da lógica familista descrita por Pereira (2011) e Boschetti (2009).

Do ponto de vista do familismo, conforme analisado por Boschetti (2009), a centralidade atribuída à família não decorre da ampliação de direitos, mas da transferência de responsabilidades. Os dados empíricos demonstram que essa transferência assume feição maternalista, conforme indicado por Faleiros (2007) e Mito (2010), ao recair predominantemente sobre as mulheres.

A Política Nacional de Cuidados representa avanço normativo ao afirmar a corresponsabilização entre Estado, família e sociedade. Contudo, a distância entre o reconhecimento formal do direito ao cuidado e sua materialização concreta torna-se evidente quando se observa que, no cotidiano hospitalar, a organização do cuidado continua estruturada pela disponibilidade feminina. Como argumentam Boschetti (2012) e Pereira (2011), o



reconhecimento jurídico de um direito não assegura sua efetivação sem financiamento, serviços estruturados e suporte institucional.

A materialização empírica observada no Hospital Universitário de Londrina confirma que a organização social do cuidado permanece sustentada pelo trabalho não pago das mulheres, revelando os limites estruturais da corresponsabilização prevista nas normativas e tensionando o debate sobre o cuidado como direito social.

4.1 A Casa de Apoio Amigos do HU como mediação institucional do cuidado

É nesse contexto de incentivos à participação familiar, combinados à insuficiência de políticas estruturadas de apoio, que emergem dispositivos institucionais como a Casa de Apoio Amigos do HU.

A Casa de Apoio Amigos do Hospital Universitário de Londrina configura-se como uma importante estratégia de acolhimento aos familiares de pacientes internados, especialmente aqueles provenientes de outros municípios e em situação de vulnerabilidade social. Mantida por voluntários, a instituição oferece hospedagem e apoio, possibilitando a permanência dos familiares próximos aos pacientes durante o período de internação.

O trabalho voluntário no Hospital Universitário de Londrina teve início em 1979, com a fundação da Associação das Senhoras Voluntárias do HU, que inicialmente estruturou uma casa para hospedagem de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. Em 1986, foi adquirida sede própria, inaugurada como Casa do Renal Crônico de Londrina. No ano 2000, a instituição passou a denominar-se Casa de Apoio do HU, ampliando o atendimento para pacientes e familiares independentemente da patologia.

Ao longo de sua trajetória, a Casa de Apoio passou a atender uma demanda crescente de familiares provenientes de outros municípios e estados, que acompanham pacientes em longos períodos de internação ou em atendimentos ambulatoriais prolongados. A maioria desses acompanhantes são mulheres (mães, esposas, filhas) que utilizam a Casa como espaço de pernoite, alimentação, higiene e descanso após extensas jornadas de cuidado no hospital.

A ampliação dos serviços ofertados pelo HU, como transplantes, tratamento de queimados e atendimentos de alta complexidade, intensificou a necessidade de suporte às famílias. Diante da insuficiência de políticas públicas voltadas às cuidadoras, a Casa de Apoio se consolidou como resposta comunitária às lacunas do Estado.

Do ponto de vista da política de saúde, a Casa de Apoio contribui para a efetivação dos princípios da humanização e da integralidade do cuidado. Entretanto, conforme problematiza Pereira (2011), a ampliação de iniciativas sustentadas por voluntariado e filantropia revela limites estruturais da proteção social estatal.

Partindo desse pressuposto, o Serviço Social do HU atua de forma articulada com a Casa de Apoio Amigos do HU, reconhecendo-a como equipamento fundamental na garantia da permanência do cuidador durante o tratamento de saúde.



A Casa de Apoio, nesse contexto, configura-se como mediação institucional ambivalente. Por um lado, materializa os princípios da humanização e da integralidade, viabilizando condições mínimas para que o cuidado familiar ocorra. Por outro, sua própria existência evidencia a insuficiência da proteção social estatal e a dependência da política de saúde em relação ao trabalho feminino não remunerado.

No que se refere aos encaminhamentos realizados à Casa de Apoio Amigos do HU, os dados indicam uma intensificação da desigualdade de gênero quando o cuidado exige permanência prolongada fora do domicílio. No mês de novembro de 2025, foram realizados 94 encaminhamentos, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Encaminhamentos à Casa de Apoio Amigos do HU por sexo (novembro/2025)

Sexo do familiar encaminhado	Número absoluto	Percentual (%)
Feminino	74	78,7
Masculino	20	21,3
Total	94	100,0

Fonte: Sistematização própria a partir de registros do Hospital Universitário de Londrina (2025).

A Tabela 2, referente aos encaminhamentos à Casa de Apoio Amigos do HU, aprofunda essa análise. Dos 94 encaminhamentos realizados no período analisado, 74 (78,7%) foram destinados a mulheres e apenas 20 (21,3%) a homens. Observa-se que, quanto maior a intensidade do cuidado, exigindo deslocamento territorial, permanência prolongada fora do domicílio e reorganização da vida cotidiana, mais acentuada se torna a responsabilização feminina.

Esse dado é particularmente revelador. Se na condição de acompanhante hospitalar a presença feminina já é majoritária (61%), na situação de cuidado que implica afastamento do domicílio e permanência continuada essa proporção se eleva significativamente (78,7%). Isso demonstra que a intensificação do cuidado aprofunda a desigualdade de gênero, evidenciando que a corresponsabilização familiar prevista nas normativas não se concretiza de forma equânime.

A análise empírica indica que a utilização da Casa de Apoio ocorre predominantemente por mulheres, reafirmando a centralidade feminina no cuidado em saúde. Assim, a Casa de Apoio deve ser compreendida simultaneamente como espaço de acolhimento e como



expressão das contradições da política de saúde, que segue se apoiando no trabalho familiar e no cuidado feminino para sua operacionalização cotidiana.

Conforme descreve Longhi (2019)

Tradicionalmente, na sociedade moderna, os cuidados com as crianças, com os idosos e com as pessoas dependentes sempre foram responsabilidade da família. Dentro de uma lógica binária, a distribuição das tarefas era baseada no gênero: os homens eram responsáveis pelo provimento material e pela representatividade da família no espaço público e as mulheres assumiram todas as tarefas domésticas vistas como necessárias para garantir o bom funcionamento do lar e os cuidados com todos os integrantes do grupo. Esta lógica de divisão de papéis perdura ao longo do tempo (LONGHI, 2019 p. 149)

A experiência da Casa de Apoio Amigos do HU evidencia ainda que o cuidado hospitalar é sustentado por um trabalho invisível e não remunerado, exercido majoritariamente por mulheres. A permanência prolongada junto aos pacientes implica afastamento do trabalho formal, ruptura temporária de vínculos familiares e comunitários e desgaste físico e emocional, configurando uma sobrecarga que raramente é reconhecida pelas políticas públicas.

A análise conjunta das Tabelas 1 e 2 demonstra que o aprofundamento das demandas de cuidado recai de forma desproporcional sobre as mulheres, evidenciando que o familismo presente na política de saúde se materializa concretamente por meio do trabalho feminino, frequentemente invisibilizado e não reconhecido como trabalho socialmente necessário.

Os dados indicam que, quanto maior a intensidade e a complexidade do cuidado exigido, mais ele se desloca para o trabalho não pago das mulheres, revelando uma organização social do cuidado que se sustenta na disponibilidade feminina.

Ao oferecer condições mínimas de acolhimento, a Casa de Apoio atua como dispositivo de mitigação das desigualdades de gênero no cuidado, ainda que de forma paliativa. Sua existência revela tanto a potência no suporte às famílias em condição de vulnerabilidade social quanto os limites de uma proteção social baseada em iniciativas filantrópicas, que não substituem a responsabilidade estatal, mas tensionam o debate público sobre o cuidado como direito.

A Casa de Apoio Amigos do HU atua como mediação institucional que contribui no suporte ao cuidado no espaço hospitalar, mas não promove sua redistribuição social, permanecendo sustentada majoritariamente pelo trabalho não pago das mulheres.

Em um contexto de avanço de perspectivas conservadoras, que reforçam a responsabilização das famílias e a naturalização do cuidado feminino, a Casa de Apoio se configura como prática de resistência coletiva, ao tornar visível a dimensão social do cuidado e a necessidade de políticas públicas que reconheçam e protejam as mulheres cuidadoras.

Figura 1 – Casa de Apoio Amigos do HU



Fonte: *LetMeHelp*, disponível em:
<https://www.letmehelp.com.br/instituicao/casa-de-apoio-amigos-do-hu/> (acesso em:
06.fev.2026).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidencia que a política de saúde, ao enfatizar a participação da família no tratamento, ancora-se em uma lógica familista que se materializa de forma maternalista. Os dados do Hospital Universitário de Londrina revelam que são as mulheres que, majoritariamente, assumem o acompanhamento e o cuidado de pacientes internados. Ainda que se trate de análise situada em uma instituição específica, os dados permitem demonstrar tendências estruturais que dialogam com o debate mais amplo sobre a organização social do cuidado no Brasil.

O estudo indica que a participação da família no cuidado em saúde, embora fundamental para a efetivação da integralidade e da humanização do atendimento, ocorre de forma marcada por desigualdades de gênero e a organização do cuidado em saúde se estrutura a partir do trabalho não pago das mulheres no interior das famílias. A centralidade feminina no acompanhamento hospitalar e na utilização da Casa de Apoio revela que o familismo e o maternalismo operam como mecanismos que naturalizam a responsabilização das mulheres, convertendo o cuidado em obrigação privada e invisibilizando seu caráter de trabalho socialmente necessário.

A incorporação da Política Nacional de Cuidados e da Política Nacional de Humanização amplia a compreensão dessas dinâmicas, ao evidenciar avanços normativos importantes, mas também revela limites estruturais na redistribuição do trabalho do cuidado. A atuação da Casa de Apoio Amigos do HU mostra-se fundamental para o acolhimento aos familiares, ao mesmo tempo em que explicita as insuficiências da proteção social estatal.

Para o Serviço Social, esse estudo reforça a importância de uma atuação crítica, comprometida com a defesa dos direitos sociais, com o reconhecimento do cuidado como



trabalho socialmente necessário traz à tona a problematização das desigualdades de gênero presentes nas políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, a articulação entre a Política Nacional de Cuidados e a Política Nacional de Humanização mostra-se fundamental para avançar na construção de uma política de saúde que reconheça o cuidado como direito e responsabilidade socialmente compartilhada.

Os resultados de estudo evidenciam que a atuação do Serviço Social se dá em um terreno permeado por contradições, no qual a ampliação da participação familiar no cuidado convive com a insuficiência de políticas públicas de suporte para o cuidado. Ao identificar e intervir nas demandas sociais associadas ao acompanhamento hospitalar, particularmente àquelas que recaem sobre as mulheres, o Serviço Social atua como mediador crítico entre usuários, famílias, equipe de saúde e rede de políticas públicas, tensionando a lógica familista e contribuindo para o reconhecimento do cuidado como trabalho socialmente necessário e sobretudo como direito.

REFERÊNCIAS

BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: dilemas e desafios. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 112, p. 637–657, 2012.

BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 23 dez. 2024.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Estratégias em Serviço Social: história, políticas e prática profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595–609, set./dez. 2007.

LETMEHELP. Casa de Apoio Amigos do HU. Fotografia. Disponível em: <https://www.letmehelp.com.br/instituicao/casa-de-apoio-amigos-do-hu/>. Acesso em: 6 fev. 2026.

LONGHI, Marcia Reis. Os dilemas de Ruth: conexões entre saúde, família e cuidados. *Revista Mundaú*, Maceió, n. 6, p. 148, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2020.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 103, p. 437–455, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 13., 2012, Juiz de Fora. *Anais [...]*. Juiz de Fora: UFJF, 2012.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. *Política social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2011.



SILVA, Ludimila Carvalho da; SOUZA, Rodriane de Oliveira. A realidade do familismo no SUS: a compreensão do Serviço Social sobre a sobrecarga do cuidado de pessoas com câncer em cuidados paliativos. In: CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE, 10., 2024. *Anais [...]*. 2024.