

## O ESTUDO SOCIOECONÔMICO: INDICADORES E METODOLOGIAS

## THE SOCIOECONOMIC STUDY: INDICATORS AND METHODOLOGIES

ADELITA GARCIA\*  
GERCELEY PACCOLA MINETTO\*\*

### RESUMO

O objetivo da pesquisa é identificar os indicadores sociais utilizados no estudo socioeconômico por profissionais da saúde, na realidade de Bauru, no período de janeiro a novembro de 2009. Trata-se de uma pesquisa descritiva, (documental e bibliográfica) e de campo. O instrumental: questionário semi-estruturado, com abordagem quanti-qualitativa. O universo é de 20 serviços, com uma amostra de 09 sujeitos (47%). De acordo com os resultados, a intencionalidade do estudo socioeconômico se dá de forma compromissada com o projeto ético-político (89%). Quando utilizado para fins de benefícios e serviços sociais deu-se na perspectiva da equidade/universalidade (88%). Nos instrumentos e técnicas destacam-se as interações comunicativas humanizadas (100%); quanto aos aspectos constitutivos destacam-se os: socioeconômicos, demográficos, psicossociais e culturais, serviços de saúde e sociais e a questão do acesso (100%), consideram suficientes para o conhecimento aproximativo da realidade social. Nas competências e atribuições do Serviço Social destacam as ações: assistenciais (100%); de investigação, planejamento/gestão (100%); em equipe (78%); de assessoria, qualificação/formação profissional (67%); de mobilização, participação e controle social (44%); e as socioeducativas (44%). Assim, conclui-se que o estudo socioeconômico viabiliza o conhecimento aproximativo da realidade para a defesa e garantia dos direitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde. Legislação do Serviço Social. Prática Profissional.

\*Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Gerceley Paccola Minotto.

\*\* Possui graduação em Serviço Social - Instituição Toledo de Ensino (1982) e mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002). Atualmente é professora da graduação e pós-graduação do Curso de Serviço Social do Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino.

## ABSTRACT

The research aims is to identify the social indicators used in the economically social study done by health professionals about real life in Bauru, in the period from January to November of 2009. It is a descriptive research, (documental and bibliographical) and of activity field. The instrumental: semi-structured questionnaire, with quanti-qualitative approach. The universe is of 20 services, with a sample of 09 subjects (47%). In agreement with the results, the economically social study is committed to the ethical- political project (89%). When it's used for ends of benefits and social services it was in the perspective of the justness/universality (88%). In the instruments and techniques stand out the humanized communicative interactions (100%); in relation of the constituent aspects stand out the: economically social, demographic, psychosocial and cultural, health and social services and the question of access (100%), all them considered enough for the approximate knowledge of the social reality. In the competences and attributions of the Social Service stand out the actions: audiences (100%); of investigation, planning/administration (100%); in team (78%); of assistance, qualification/professional formation (67%); of mobilization, participation and social control (44%); and the social-educated (44%). In conclusion, the study makes possible the approximate knowledge of the reality for the defense and warranty of the rights.

**KEY-WORDS:** Health politics. Social Service Legislation. Professional practice.

## 1 INTRODUÇÃO

A lei que regulamenta a profissão de assistente social define que uma de suas competências é realizar estudo socioeconômico com os usuários, para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993a). Considerando, porém, que a profissão ainda não definiu critérios avaliativos para o estudo socioeconômico da população atendida, em consonância com o seu projeto ético-político, surgiu interesse em pesquisarmos sobre a temática.

De acordo com Rodrigues (1999) as condições básicas para o exercício da prática profissional do assistente social exigem não só conhecer e compreender para intervir, mas querer saber, assumir e responsabilizar-se por ações que interpretam a realidade social.

Especialmente no âmbito do Serviço Social, a discussão das políticas sociais centra-se no enfrentamento da questão social – objeto do trabalho profissional e que se apresenta como base fundamentadora do Serviço Social enquanto trabalho especializado. A questão social é conceituada como o “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”, como destaca Iamamoto (2005, p.27).

Complementam Silva, Yazbek, Giovanni (2006 p.23) que a “questão social circunscreve-se num campo de disputas, pois diz respeito à desigualdade econômica, política e social entre as classes sociais na sociedade capitalista, envolvendo a luta pelo usufruto de bens e serviços socialmente construídos como direitos, no âmbito da cidadania”.

Segundo Behring e Boschetti (2007) no Brasil, ainda estamos longe de chegar a um Estado democrático de direitos e das políticas sociais a ele correspondentes, mas se reconhece que os assistentes sociais têm sido partícipes dessa árdua luta. Reconhecem, ainda, que as transformações vivenciadas pelas políticas sociais estão longe de dismantelar os direitos conquistados, embora alguns tenham sofrido redução na sua abrangência.

A perspectiva de direitos e de cidadania orientada por esse projeto ético-político vem sendo assumida e defendida em diferentes dimensões: teórico e político-profissional. Portanto, qualificar e precisar a concepção de direitos, cidadania e política social acarreta a discussão dos limites e das possibilidades dos direitos no capitalismo na sociedade brasileira.

A concepção de cidadania pressupõe instituir direitos que se pautem pelos princípios

da universalização, mas o que se vê, na realidade, é um processo excludente, pois nem todos são incluídos nas políticas sociais.

Uma razão histórica fundamental para a adoção do princípio da universalidade foi, segundo Pereira e Stein (2004) o objetivo democrático de não discriminar cidadãos no seu acesso a bens e serviços que, por serem públicos, são indivisíveis e deveriam estar à disposição de todos. Não discriminar, por esta perspectiva, significa não estabelecer critérios desiguais de elegibilidade que humilhem, envergonhem, estigmatizem e rebaixem o status de cidadania de quem precisa de proteção social pública.

Moreno (2000 apud PEREIRA; STEIN, 2004)<sup>1</sup> por sua vez, argumenta que a realidade mostra que, na implantação de políticas públicas, devem-se observar critérios de seletividade para assegurar que o acesso às mesmas corresponde aos grupos sociais previamente selecionados, os quais deveriam dispor de uma “vantagem comparativa” ou “discriminação positiva” em relação àqueles cidadãos em melhores situações socioeconômicas e que possam buscar os serviços sem a “ajuda” dos recursos públicos. Em síntese, significa garantir que os subsídios públicos cheguem aos cidadãos necessitados, sem que deles se apropriem, “indevidamente”, os grupos menos necessitados.

Mas, além da discussão teórica sobre a equidade na distribuição por critérios seletivos ou universais, a atenção deve ser dirigida à formulação de propostas práticas nas políticas públicas, avaliando os resultados obtidos especialmente quanto à qualidade dos serviços prestados.

Estudo da Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (1995) defende um inter-relacionamento estratégico entre os princípios da universalidade e da seletividade, propondo, entre ambos, um fortalecimento mútuo, numa perspectiva conjuntiva. Desta forma, os argumentos a favor ou contra esses critérios levam em consideração a sua viabilidade e os efeitos produzidos por sua aplicação.

---

<sup>1</sup> MORENO, L. **Ciudadanos precarios**. La “ultima red” de protección social. Barcelona: Ariel, 2000. Apud PEREIRA, P.A.P, STEIN, R.H. **A assistência social no contexto das políticas** : Focalização X Universalização na integração de programas e projetos sociais. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Política Social (NEPPOS/CEAM/UnB). (NEPPOS/CEAM/UnB). Série Política Social em Debate. Ano XVII vol. 9, jul/dez 2004. Brasília-DF.

A seletividade ancorada na equidade visa identificar necessidades particulares para melhor atender aos usuários das políticas públicas.

É preciso evitar a presença de mecanismos de controle das políticas sociais focalizadas (e/ou seletivas)<sup>2</sup> em vícios arcaicos e anacrônicos, como os constrangedores e vexatórios testes de meios de comprovação de pobreza, bem como a “fraudemania” (mania de fraude) em relação aos pobres, rebaixadores do *status* da cidadania, pontuam Pereira e Stein (2004).

Desta forma, a presente pesquisa justifica-se, pois há interesse em revelar como os assistentes sociais realizam o estudo socioeconômico dos usuários, como uma das atribuições previstas na lei de regulamentação da profissão, e com qual intencionalidade e instrumentais teórico-metodológicos o realizam em sua prática profissional. Além disso, precisa investigar sua contribuição no sentido de definir indicadores e metodologia de avaliação socioeconômica, frente às políticas sociais à luz do projeto ético-político.

Como hipótese, sugerimos que os assistentes sociais da área da saúde e reabilitação de Bauru não definiram critérios avaliativos para o estudo socioeconômico da população atendida em consonância com seu projeto ético-político, e não possuem um protocolo de indicadores sociais. Os objetivos são identificar os indicadores sociais utilizados no estudo socioeconômico pelos profissionais de Serviço Social na área da saúde e reabilitação, bem como seu processo metodológico na realidade de Bauru-SP; identificar os diferentes aspectos elencados no estudo socioeconômico; revelar os instrumentais utilizados para o estudo socioeconômico abrangendo os eixos valorativos (finalidades e objetivos), metodológicos (operacionalização) e operativos (estratégias e táticas); e evidenciar as experiências de informatização do estudo social, face às novas tecnologias da informação.

Destacamos que a temática foi objeto de pesquisa na década de 90 mediante estudo sobre “O estudo socioeconômico: um instrumento estratégico do serviço social na área da saúde e reabilitação, cujo objetivo era analisar e avaliar a metodologia de estudo socioeconômico utilizado em instituições de saúde e reabilitação de Bauru (PEREIRA, GRACIANO 1998) *concluindo-se que o instrumento construído pelo Serviço Social do HRAC servia de referência para a maioria dos serviços. Decorridos 10 anos, propomos, com esta pesquisa, atualizar, ampliar e aprofundar o estudo sobre a temática, face às novas tecnologias de informação e ao projeto ético-político da profissão.*

---

<sup>2</sup> Nota do autor Graciano.

Ressaltamos que esta pesquisa é considerada um sub projeto de uma proposta em desenvolvimento com a mesma temática junto a Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo intitulada “O estudo socioeconômico como instrumento estratégico da realidade social: indicadores e metodologia utilizados em Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo”<sup>3</sup> (GRACIANO, 2008).

Esse estudo é de grande relevância para o HRAC, pois, o mesmo também foi sujeito da pesquisa, a qual contribuiu para a atualização, ampliação e aprofundamento sobre a temática do estudo socioeconômico, face às novas tecnologias de informação, bem como o projeto ético político da profissão. Proporcionou ao Serviço Social, conhecer se os assistentes sociais realizam o estudo socioeconômico dos usuários, como uma das atribuições previstas na lei de regulamentação da profissão, e com qual intencionalidade e instrumentais teórico-metodológicos o realizam em sua prática profissional. Além disso, investigou sua contribuição no sentido de definir indicadores e metodologia de avaliação socioeconômica, frente às políticas sociais a luz do projeto ético político.

Apresentamos nesse estudo como embasamento teórico primeiramente a Política Nacional de Saúde e a inserção do Serviço Social; a Política Nacional de Saúde e o Sistema Único de Saúde; a Equidade e a Universalidade em Saúde; os níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde; o Pacto pela Saúde; os indicadores e serviços de saúde no município de Bauru; o Serviço Social na Contemporaneidade e o projeto ético-político; a trajetória do Serviço Social na área da saúde; indicadores Sociais; o estudo social; e tecnologia da informação e prontuário eletrônico.

## **2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Em uma ação integrada com outros setores, o Serviço Social na área da Saúde tem atuado na defesa e efetivação dos direitos dos usuários, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional.

---

<sup>3</sup> Coordenadora e pesquisadora do projeto Dra. Maria Inês Gândara Graciano (processo FAPESP nº 2008/53383-6)

Para melhor compreensão das estratégias e instrumentos utilizados pelos profissionais de Serviço Social nessa área, faz-se necessário apresentar, num primeiro momento, a Política Nacional de Saúde vigente no país, especialmente por meio do Sistema Único de Saúde e seus princípios, contextualizando os serviços de saúde no município de Bauru. A seguir, será abordado o Serviço Social na contemporaneidade face ao seu projeto ético-político, bem como os indicadores sociais constitutivos do estudo socioeconômico enquanto instrumental utilizado na prática profissional. Assim como em outras áreas, os avanços tecnológicos têm sido incorporados pelo Serviço Social, principalmente no que se refere ao prontuário eletrônico, temática também a ser abordada neste estudo.

## **2.1 A Política Nacional de Saúde e o Sistema Único de Saúde**

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, (BRASIL 1988) a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social compõem a Política de Seguridade Social, compreendendo um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos sociais, substituindo as políticas sociais compensatórias, capazes de processar a garantia e o acesso aos mínimos de dignidade e cidadania.

Desta forma, a Política Nacional de Saúde passou a ser elaborada de acordo com os dispositivos contidos na referida Constituição, adquirindo uma nova face do ponto de vista jurídico.

O art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) declara que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição anterior (1969) apenas mencionava a saúde como direito do cidadão, reduzindo-a ao conceito de “Assistência Sanitária Hospitalar e Médico-Preventiva” (LIMA 1996 p.17).

O Sistema de Saúde antes e depois da Constituição Federal de 1988 apresenta as seguintes características:

| Antes   | Depois  |
|---|---|
| O sistema público de saúde atendia a quem contribuía para previdência social. Quem não tinha dinheiro, dependia da caridade e da filantropia. | O sistema público é para todos, sem discriminação. Desde a gestação e por toda a vida, a atenção integral à saúde é um direito. |
| Centralizado e de responsabilidade federal, sem participação dos usuários.  | Descentralizado, municipalizado e participativo, com 77 mil conselheiros de saúde.  |
| Assistência médico-hospitalar.  | Promoção, proteção, recuperação e reabilitação.   |
| Saúde é ausência de doença.   | Saúde é qualidade de vida.  |

Quadro 1 – Sistema de Saúde antes e depois da Constituição Federal de 1988

O sistema de saúde implantado pelo SUS e o que o antecedeu são opostos, destacando-se no sistema atual a ampliação do entendimento do que é a saúde, ou seja, que esta não se limita à presença de enfermidade e sua cura, mas sim à ausência de doença, como resultado de múltiplas condições sociais, econômicas, sanitárias e alimentares que permeiam o cotidiano das pessoas. Portanto, a saúde não deve ser entendida apenas como ausência de doença, mas como um processo de convergência de políticas públicas, econômicas e sociais.

Atualmente, a saúde não é mais considerada como mera assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva; é o resultado de políticas públicas do Governo, e o Sistema Único de Saúde -SUS é uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acessos integrais, universais e gratuitos para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira (1988) para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos – atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros. O SUS tem como prioridades entre 2008 e 2011: a promoção da saúde, a atenção à saúde, o complexo industrial da Saúde, a força do trabalho em saúde, a qualificação da gestão, a

participação e controle social e a cooperação internacional. (BRASIL, 2009b)

A Lei Orgânica da Saúde – LOS - Lei 8080 (Brasil, 1990a p. 1) dispõe sobre: “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Esta Lei (8080/90) regula, em todo o território brasileiro, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 (Brasil 1990a p.1) em seu art. 3º, dispõe que:

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social econômica do país

O SUS é uma grande conquista da sociedade e foi criado para promover a justiça e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. É de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal e ainda necessita da participação dos conselhos.

Conforme descrito no Art. 5º da Lei 8080 (Brasil, 1990a p. 2), o SUS tem como objetivos:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Obedecendo aos princípios apresentados no Art. 7º da Lei 8080 (Brasil, 1990a) sobre os princípios e diretrizes do SUS são:

- I - **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - **integralidade** de assistência, entendida como um conjunto

articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da **autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral;

IV - **igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da **epidemiologia para o estabelecimento de prioridades**, a alocação de recursos e a orientação programática;

**VIII - participação da comunidade;**

IX - descentralização político-administrativa, com **direção única** em cada esfera de governo: a) **ênfase na descentralização** dos serviços para os municípios; b) **regionalização e hierarquização** da rede de serviços de saúde;

X - integração, em nível executivo, das **ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;**

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da **União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios**, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de **resolução dos serviços** em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a **evitar duplicidade** de meios para fins idênticos.

Assim verifica-se que o SUS, apesar de um processo em conservação, nunca mudou seu objetivo na atenção plena à saúde pública com universalidade, equidade e integralidade como princípio básico.

### 2.1.1 A Equidade e a Universalidade em Saúde

Considerando que a equidade, no projeto ético-político, é considerado um dos alicerces para a garantia da universalidade, aprofundaremos ambos os conceitos.

#### - Equidade

A equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada à idéia de justiça social. Significa propiciar condições para que todos os indivíduos tenham acesso aos direitos que lhes são garantidos. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas para uma vida mais

saudável (BRASIL, 2009c).

Segundo Campos (2006 p. 23) são destacados dois principais sentidos para o conceito de equidade; um, genérico e equivalente ao de justiça e igualdade; e o segundo, mais específico, pelo qual equidade se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação.

Entendemos, assim, com base nesse conceito específico, a equidade a partir de seu objetivo, o que significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, diminuindo desta forma a desigualdade.

Segundo os preceitos do SUS e conforme o texto da Constituição brasileira (BRASIL, 1988) o acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

#### **- Universalidade**

A Constituição Brasileira institui o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da saúde. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, as minorias, os prisioneiros, os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo e integral (BRASIL, 2009c).

A incorporação do princípio da universalidade indica ampliação do acesso, na medida em que toda a população passa a ter direito aos serviços de saúde, até então restritos aos contribuintes da Previdência Social.

A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer, para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população, a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção está estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde: atenção básica, de média e de alta complexidade (BRASIL, 2009c).

### **2.1.2 Níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde**

Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, **a atenção básica**, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida.

A atenção básica é dispensada pelas seguintes especialidades básicas: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica da Saúde encaminhar os usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade.

A **média complexidade** se compõe por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

Em se tratando da **alta complexidade**, compreende-se conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando os serviços aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (BRASIL, 2009c).

### 2.1.3 O Pacto pela Saúde

Na tentativa de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e o reconhecimento da autonomia dos entes federados, o Ministério da Saúde, por meio da PORTARIA Nº-399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2009d), institui o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprovação das Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. O Pacto pela Saúde implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Saúde do SUS é efetiva como “*política pública em defesa da vida*”, reconhecendo que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando e implementando ações de atenção e gestão.

No Estado de São Paulo, o processo de discussão e implementação do Pacto pela Saúde e de Gestão foi desencadeado, de fato, em janeiro de 2007. A princípio, reconheceu-se a necessidade de se construir o Plano Estadual de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde.

A proposta do Plano Estadual de Saúde de São Paulo foi elaborada sob a lógica de traçar estratégias para o aperfeiçoamento e a operacionalização dos princípios SUS da universalidade, integralidade e equidade dos serviços de saúde. O Plano, dentro de um contexto participativo, contemplou a descentralização regional na saúde (com envolvimento dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS e os Colegiados de Gestão Regional), agregando contribuições que, além de refletir a Política de Saúde desenvolvida no Estado, aprimore e otimize os resultados do SUS.

No Estado, a divisão territorial jurídico-administrativa é de **645 Municípios**; 15 Regiões Administrativas de governo e 17 Diretorias Regionais de Saúde – DRS que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (SÃO PAULO, 2009).

O município de Bauru pertence à Diretoria Regional de Saúde - DRS VI - abrangendo 68 cidades. Os Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, reunidos em Bauru, no XXII Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, em 2009, reafirmaram seus compromissos com o processo de construção do sistema público de saúde brasileiro, com acesso universal, integralidade, equidade, descentralização e controle social, conforme estabelecido na Constituição de 1988 e nas Leis do SUS (BAURU, 2009).

#### **2.1.4 Indicadores e serviços de saúde no município de Bauru**

De acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE (2009) a maioria da população paulista (62%) e brasileira (76%) não possui planos de saúde. Portanto, depende integralmente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde. Ao se dividir a população paulista e brasileira em cinco faixas iguais, ordenadas segundo o nível de renda familiar, nota-se que quase a totalidade da população mais pobre depende exclusivamente desse sistema.

A população de Bauru, em 2009, é de 361.981, possuindo um índice de envelhecimento de 56,47%. O município possui 21,25 % da população com menos de 15 anos e 12% da população com mais de 60 anos. A taxa de Natalidade (por mil habitantes), em 2007, era de 12,46% e a taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) era de 11,84%. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (Brasil 2009e), o município conta com 1478 leitos do SUS, sendo que destes, 900 Gerais e 578 Clínico/Cirúrgicos.

O município de Bauru, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, vem desenvolvendo atividades que objetivam melhorar a qualidade da assistência prestada em seus serviços e promover a saúde no município. As atividades vão desde campanha educativas, treinamentos e aprimoramentos para profissionais, estatísticas dos atendimentos, gerando dados para planejamento estratégico, acompanhamento do desempenho orçamentário e financeiro, supervisões administrativas nas Unidades e elaboração de projetos e relatórios, até a promoção de eventos.

O município de Bauru conta com: Rede Básica e Serviços de Urgência e Emergência, Unidades e Serviços Especializados e Departamentos.

**A rede básica e serviços de urgência e emergência** são compostos por 14 Núcleos de Saúde, 02 Unidades de Saúde, 02 Unidades Básicas de Saúde, 1 Setor Odontológico, 1 Clínica de Educação Para Saúde, 1 Unidade Integrada de Atendimento Ambulatorial e Urgência - UIAAU e 1 Pronto Socorro Municipal Central.

**Os Serviços de Urgência e Emergência**, as Unidades Integradas de Atendimento Ambulatorial e Urgência têm atividades mistas, voltadas para atendimento de urgência e ambulatorial, a exemplo dos Núcleos de Saúde. Segundo Bauru (2008), alguns programas desenvolvidos nos serviços de saúde são destacados:

- Saúde do Adulto Programas: Diabetes, Hipertensão, Hipertensão/Diabetes.
- Saúde da Criança Programas: Defesa da Vida, Puericultura, Vigilância Nutricional, Bucal do Bebê.
- Saúde da Mulher Programas: Planejamento Familiar, Pré-Natal, Puerpério.

- Saúde Geral Programas: Combate a AIDS, Tuberculose, Hanseníase.

As **unidades e serviços especializados** compreendem: Banco de Leite Humano, Seção de Orientação e Prevenção do Câncer (SOPC), Ambulatório Municipal de Saúde Mental (AMSM), Serviço de Residência Terapêutica, CAPS i – Criança e Adolescente, CAPS ad – Álcool e Drogas, CAPS I – Transtorno Psiquiátrico Adulto, Divisão de Saúde do Trabalhador (DST), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – AMST, Centro de Referência / SAE, Programa Municipal de Atendimento ao Idoso (PROMAI), Centro de Testagem e Aconselhamento - (CTA) e Centro de Controle de Zoonoses. A **relação dos departamentos** inclui: Departamento de Unidades Ambulatoriais – DUA, Departamento de Urgência e Emergência – DUE, Departamento de Saúde Coletiva – DSC, Departamento de Administração – D.A., Almoxarifado de Medicamentos – DA, Departamento de Planejamento Avaliação e Controle – DPAC.

A Secretaria Municipal de Saúde conta ainda com o Departamento de Saúde Coletiva, composta por uma equipe que desenvolve atividades de investigação e controle das doenças transmissíveis, através de visitas hospitalares e domiciliares, controle imunobiológico (vacinas e soros), orientação e supervisão técnica às Unidades Básicas de Saúde na área específica, aplicação de vacinas em empresas, ações educativas à população em geral, sobre doenças transmissíveis e preveníveis por vacina. Realiza, ainda, controle de zoonoses e gêneros alimentícios.

Estas unidades prestam assistência médica sanitária nas áreas básicas de pediatria, ginecologia e clínica, odontologia, enfermagem e nutrição, aplicação de tratamentos (injeções, inalações, curativos, entre outros) vacinação, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde (trabalhos de grupo, palestras e orientações em geral). Para estas atividades, contam com equipe composta de médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário, atendentes de recepção, auxiliares administrativos e assistente sociais. (BAURU, 2008).

Entre os serviços de saúde disponíveis em Bauru, está o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – HRAC/USP, especializado na reabilitação de pessoas com lesões labiopalatinas e deficiências auditivas, dentre outras anomalias craniofaciais. Há 42 anos, o HRAC vem se dedicando ao ensino, à pesquisa e à prestação de serviços, mantendo-se financeiramente com recursos públicos da Universidade de São Paulo (USP) e do Sistema Único de Saúde (SUS). O Centrinho, como também é conhecido, oferece tratamento, incluindo todas as etapas terapêuticas necessárias para a reabilitação e integração social. É considerado como de alta complexidade, apresentando-se como referência na área da saúde e reabilitação de pessoas com malformações labiopalatinas e deficiência auditiva. Desenvolve seus programas por meio de uma equipe interdisciplinar

das mais variadas áreas, dentre as quais, a de Serviço Social.

## **2.2 O Serviço Social na Contemporaneidade e o projeto ético-político**

Ressalta-se a idéia de que o Serviço Social na contemporaneidade deve redimensionar o perfil profissional pautado na competência ético-política e em sintonia com as mudanças do mundo do trabalho e atenção à qualificação contínua, inclusive com conhecimentos em línguas estrangeiras e em informática. Requisita-se um profissional crítico com competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, dotado de habilidades como: criatividade, versatilidade, iniciativa, liderança, capacidade de negociação resolutiva e de argumentação, habilidade para o trabalho interdisciplinar e até mesmo para atuar no campo da assessoria e consultoria em matéria de Serviço Social.

Nesta ótica, o desafio para o Serviço Social como profissão é de participar como um agente ativo na formulação de políticas públicas, inserido em equipes interdisciplinares, atuando no mundo da informática, vinculando-se às redes mundiais, capacitando-se permanentemente e abordando também as novas técnicas e discursos gerenciais.

Por outro lado, temos consciência da redução do tamanho do Estado e a conseqüente privatização das políticas sociais que estão saindo da órbita do Estado e passam para: Organizações Não Governamentais (ONG), Igrejas, Instituições filantrópicas, Associações de Moradores e outros. As Políticas Sociais que permanecem perdem seu caráter universal e enfocam somente a população menos favorecida.

Além disso, as mudanças nos processos produtivos geraram um impacto, que atingiram a todos os países. O Brasil está sendo profundamente afetado pelas transformações do mundo do trabalho. É necessário mobilizar todos os segmentos para defender os direitos sociais já contidos na Constituição de 1988( BRASIL, 1988) para enfrentar as conseqüências deste processo; principalmente “a escassez” de trabalho, que está refletida nos altos índices de desemprego, e também pelas novas modalidades de organização e estruturação, originando a flexibilidade e precariedade dos vínculos laborais. Mediante tantas alterações, obviamente o espaço de trabalho do assistente social também se altera.

No Brasil, ainda não tem ocorrido uma redução global de demandas de Assistentes Sociais, o que se encontra é uma sensível diminuição de postos de trabalho no Estado, com cortes dos recursos orçamentários para as políticas sociais e um aumento de trabalhadores voluntários e de terceirização dos serviços.

Se as políticas sociais, como observa Montañó (1997, p.117) constituem-se em fator de sustentação funcional ocupacional dos assistentes sociais (sua funcionalidade, sua

instrumentalidade, sua legitimidade), se estas foram significativamente alteradas no atual contexto sócio-econômico e político (suas orientações e funcionalidade), pode-se afirmar que a base de sustentação funcional-ocupacional do Serviço Social tem sofrido (ou ainda estão sofrendo) transformações relevantes.

Com base nestas observações, é importante destacar que apesar do maior empregador ainda ser o Estado, também existe uma tendência de abertura para novos postos de trabalho em outras esferas, como nas Organizações Não Governamentais, ampliação das consultorias, devido à terceirização dos serviços, e nos serviços privados de saúde, entre outros.

Registram-se, no atual contexto, mudanças nas atividades que já foram atribuídas ao Assistente Social. Atualmente exige-se, cada vez mais, que integre equipes interdisciplinares, que atue no âmbito da formulação e implementação das políticas sociais, impulsionadas pelo processo de municipalização; que tenha contato com o mundo da informática e conheça as novas tecnologias e as formas de gestão administrativa – entre outros aspectos (MONTAÑO, 1997).

A preocupação mais saliente é quando se refere ao Serviço Social como profissão, que deve ir de encontro a esta nova realidade, pois existe o perigo latente deste vir a tornar-se uma prática residual. O desafio profissional está em não fechar-se em si mesmo, ampliar os horizontes procurando compreender as mudanças que estão acontecendo no mundo e, principalmente, na América Latina. Quanto a este problema, sustenta-se que é possível e necessário que a profissão, como um todo, inicie um debate e participe ativamente na definição de sua base de sustentação ocupacional, para que os assistentes sociais convertam-se em atores desse processo.

Como afirma Paulo Netto (1996, p. 89) as profissões não são só os resultados de processos macroscópicos, devem também ser tratadas, cada qual, como corpus teórico e político que condensam projetos sociais, onde emanam dimensões ideológicas que dão a direção aos mesmos processos sociais.

Portanto, deve-se avançar e conquistar um efetivo mercado de trabalho, mas se preocupar também por melhorar o nível da formação profissional. Estes segmentos estão estreitamente inter-relacionados, pois existe uma correlação entre as dificuldades da prática profissional atual, os baixos salários, o aumento da clientela a ser atendida, e o preparo dos outros profissionais que disputam o mesmo espaço ocupacional.

Somente através da formação profissional, de acordo com as novas exigências do mercado de trabalho e a retroalimentação constante de novos conhecimentos permeados por uma reflexão crítica é que se podem tornar profissionais competentes, podendo, assim competir lado a lado com outras profissões da área de humanas.

Por último, as grandes mudanças na sociedade como um todo e nas organizações,

instituições governamentais, não governamentais ou empresas, aconteceram nos últimos anos na maioria dos países ocidentais. Estas mudanças: como a tendência à privatização, a terceirização de setores das organizações, a grande revolução do setor da comunicação e da tecnologia, a globalização da economia e o avanço do neoliberalismo afetaram o mundo do trabalho e o espaço ocupacional do Serviço Social e levaram aos países latino-americanos onde impera a desigualdade social, a redução paulatina das responsabilidades do Estado sobre a seguridade social e os direitos sociais da população.

O projeto ético-político do Serviço Social vem sendo compreendido como uma auto-imagem da profissão e está relacionado a valores e a princípios teóricos, institucionais e práticos, construídos e legitimados pela categoria dos assistentes sociais ao longo de sua trajetória profissional.

Como diz Paulo Netto (1999, p. 95) os projetos profissionais:

São estruturas dinâmicas que vêm respondendo às alterações no sistema de necessidades sociais sobre o qual a profissão opera, às transformações econômicas, históricas e culturais, ao desenvolvimento teórico e prático da própria profissão e, ainda, às mudanças na composição social da categoria.

Ainda sobre projetos profissionais, o mesmo autor coloca que eles apresentam:

A auto-imagem de uma profissão elege os valores que legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas, inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais (PAULO NETTO, 2006, p.145).

Em relação aos assistentes sociais na contemporaneidade e o projeto ético-político, Yamamoto (2005, p. 140) diz que:

Os valores e princípios ético-políticos radicalmente humanos, que iluminaram as trilhas percorridas pelos assistentes sociais nas últimas décadas, sofrem hoje um forte embate com a idolatria da moeda, o fetiche do

mercado e do consumo, o individualismo possessivo, a lógica contábil e financeira que se impõe e sobrepõe às necessidades e direitos humanos e sociais.

Importa registrar que o projeto ético-político está relacionado a determinadas escolhas teóricas, éticas e políticas da categoria.

O projeto ético-político profissional do assistente social se refere ao empreendimento da prática social e à política de enfrentamento à questão social e suas interfaces, tendo em vista o processo de empobrecimento crescente e a concentração de riquezas na sociedade brasileira.

Sant'Ana (2000, p. 73) sobre o Serviço Social, pontua que:

como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, deve ser entendido a partir das configurações expressas pelas relações de classe desse modelo societário. É um dos responsáveis pela mediação entre Estado, burguesia e classe trabalhadora na implantação das políticas destinadas a tratar a chamada “questão social”, que surgiu com a implantação do sistema capitalista e que, hoje, ganha novos contornos a partir do complexo quadro formado pelos monopólios e pelo ideário neoliberal.

De acordo com Yamamoto (2005, p. 27) a questão social é:

Apreendida enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Segundo a autora, os assistentes sociais trabalham a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como as que os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública e outras. A atuação do Serviço Social não se limita à esfera macro-social (conjuntural, estrutural), mas também a micro-social que concretiza ou cumpre sua “vocação” profissional, sendo que, no cotidiano, confronta-se com as necessidades e carências fundamentais do ser humano, não só na esfera do econômica e técnica, como também na afetiva.

Salienta Sant'Ana (2000) que é no bojo do processo de renovação do Serviço Social a

partir da década de 80, que se inicia a construção do projeto ético-político da profissão, apoiado no novo Código de Ética do Assistente Social (BRASIL, 1993b), que tem como princípios fundamentais, dentre outros: - o reconhecimento da liberdade como valor ético central que implica a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais; - a defesa intransigente dos direitos humanos, trazendo, como contrapartida, a recusa a todas as formas de autoritarismo e arbítrio; - ampliação e consolidação da cidadania, exigindo a defesa dos seus direitos civis, sociais e políticos; - a defesa do aprofundamento da democracia e posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; - o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (IAMAMOTO, 2005 e BRASIL, 1993b).

Enfim, nessa direção estratégica do Serviço Social, enfatiza-se o seu compromisso ético-político, o que requer uma nova natureza de trabalho profissional, que não recusa as tarefas socialmente atribuídas a esse profissional, mas lhes atribui um tratamento teórico – metodológico e ético – político diferenciado. Sant’Ana (2000) relata também que há diversas contradições e limites que estão presentes na ação profissional, oriundos da própria inserção do Serviço Social na divisão sócio técnica do trabalho hoje vigente. Porém, é preciso ressaltar que em qualquer espaço institucional é possível e exequível uma prática comprometida com o projeto ético-político da profissão, desde que o assistente social tenha um alinhamento teórico-político com tal projeto. O que varia nos diversos espaços de atuação são as estratégias e os níveis de avanço que esse procedimento pode alcançar, de acordo com os limites postos pela realidade institucional e o tipo de demanda que o profissional tem que atender.

### **2.2.1 Trajetória do Serviço Social na área da saúde**

O Serviço Social, na área da saúde, atua explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, agravos e riscos, bem como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Segundo Vasconcelos (2009, p.1) na busca de assegurar o direito à saúde, cabe aos assistentes sociais contribuir prioritariamente:

- ♦ com levantamentos, estudos e pesquisas que identifiquem e explicitem os fatores condicionantes e determinantes da saúde junto aos próprios assistentes sociais, às chefias de serviço, às direções de unidades nos diferentes níveis de atenção, aos gestores e programadores e, principalmente, junto aos Conselhos de política e de direitos nas suas diferentes instâncias: municipal, estadual e federal, contribuindo na elaboração de Planos de Saúde e da Política de Saúde;
- ♦ na assistência às pessoas por intermédio de ações que, resgatando a saúde existente, priorizem a promoção e a proteção sem prejuízo das ações assistenciais, o que envolve, a partir das características de cada espaço de trabalho, a democratização de informações e o debate, nas suas relações e conexões, das ações e serviços necessários relacionados à vigilância sanitária (riscos à saúde e problemas sanitários decorrentes do meio ambiente); à vigilância epidemiológica (fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva); à saúde do trabalhador; à assistência terapêutica integral e à assistência farmacêutica; ao saneamento básico; à alimentação; ao meio ambiente e ao ambiente de trabalho; à política de medicamentos, equipamentos e insumos de interesse para a saúde; à preservação da qualidade dos alimentos, água e bebidas para o consumo humano; ao cuidado com substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; ao desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde e à política de sangue e seus derivados.
- ♦ na efetivação do direito da comunidade em participar na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais - o controle social -, (sempre considerando as diferentes instâncias do governo - municipal, estadual e federal) através: da criação de espaços que contribuam para facilitar, viabilizar e organizar a participação dos sujeitos sociais nos conselhos de política e de direitos e nas Conferências municipal, estadual e nacional; da participação direta nos conselhos e Conferências; da criação de espaços de capacitação de conselheiros facilitando a articulação entre representantes de usuários e profissionais; da organização da representação dos profissionais e usuários nos Conselhos e Conferências; do incentivo, implantação ou rearticulação de Conselhos Gestores de Unidade, mesmo que de caráter consultivos e dos Conselhos da Seguridade Social, nunca implementados.

Quando se associa esta reflexão à intervenção do Serviço Social, percebemos que é de grande valia a participação do Assistente Social no processo de conscientização, informação e mobilização da população no contexto atual que externaliza visivelmente as desigualdades sociais.

Sabe-se que o Assistente Social está sendo reconhecido recentemente como um profissional da área da saúde, porém, atua em serviços dessa área há mais de meio século, e nos últimos dez anos, foi fortemente requisitado para prestar serviços em hospitais, em unidades básicas de saúde, nos sistemas públicos estaduais e municipais de saúde, chegando a exercer cargos de direção.

De acordo com Bravo (1996) pode-se traçar a trajetória do Serviço Social da seguinte forma:

**Década de 30:** nesse período, o Serviço Social começa a atuar nas instituições públicas, executando as políticas sociais de saúde emanadas do Estado. A ação tem por intencionalidade ajustar o paciente às instituições assistenciais, às condições normais de vida.

**Década de 40:** após a segunda guerra mundial, o Serviço Social desenvolve novas técnicas para adequar-se às exigências do momento, destacando-se a investigação social, com o intuito de instrumentalizar os profissionais para participarem nas pesquisas médico-sociais, o trabalho com família e a abordagem grupal com pacientes.

**Década de 50:** o Serviço Social assume uma postura desenvolvimentista, ideário da época, valorizando a modernização, administração do bem-estar e planificação como soluções para o enfrentamento das questões emergentes. Na saúde, os assistentes sociais voltam-se para a saúde coletiva, que não foi enfatizada nos períodos anteriores, ainda que a maior concentração dos profissionais continue nas ações curativas.

**A partir da década de 70:** os profissionais de Serviço Social enfatizam a necessidade de participar na elaboração das políticas sociais e nos programas de bem estar social, não apenas na sua execução. Entretanto, a inserção dos assistentes sociais nessas elaborações ainda é incipiente. Novas propostas de atuação profissional, esboçadas desde a década de 60, nos países dependentes, difundem-se nos países centrais, na categoria profissional, questionando o caráter conservador da intervenção e, procurando buscar alternativas teórico-metodológicas que possibilitem a apreensão das demandas das classes trabalhadoras.

Segundo Bravo (1996) o Serviço Social emergiu como um dos mecanismos institucionais mobilizados pelos representantes do capital, para atuar na reprodução da

totalidade do processo social, no sentido de contribuir para encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições criadas, reforçando os mecanismos de dominação. Segundo a autora, o Assistente Social na saúde tem sido, historicamente, um profissional subalterno, e sua ação está diretamente relacionada à do médico, atuando geralmente de forma “assistencial” na saúde pública e no “ajuste” desde a emergência do predomínio do modelo “clínico” na medicina. Entretanto, existem grupos de Assistentes Sociais que criticam a prática desenvolvida pela categoria, caindo numa polarização reducionista. Alguns grupos procuram trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida X objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros.

O que se observa é que o Serviço Social na saúde evoluiu muito enquanto categoria profissional, mas tornam-se necessários alguns avanços significativos para que sua prática seja desenvolvida a favor da população usuária, uma vez que a política atual não está atendendo os reais interesses da população, o que evidencia a necessidade de mudança. Percebe-se, então, a importância do papel e da atuação do Assistente Social neste processo, enquanto profissional da saúde. Assim, alguns pontos devem ser evidenciados e discutidos.

Bravo (1996) ainda considera que a área da saúde é tomada como referência por ser um dos setores significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado, historicamente, uma grande quantidade de profissionais, situação que permanece até os dias correntes. Além disso, a saúde é uma área privilegiada como campo de luta tanto para a transformação das políticas de saúde como para a transformação da própria sociedade. Daí a importância da atuação do assistente social nesta área tão significativa.

A questão da saúde deve ser abordada na perspectiva de totalidade, na qual a prática do Serviço Social coloca questões importantes sobre o seu desenvolvimento, como pontua Bravo (1996, p. 106):

- Os Assistentes Sociais na área da saúde necessitam construir alternativas profissionais que superem as atividades técnico- burocráticas e focalizem a ação técnico-política, contribuindo principalmente para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, a elevação da consciência sanitária e a ampliação dos direitos sociais.
- A temática “movimentos sociais e saúde” é um dos eixos em que o Assistente Social pode contribuir no nível teórico-prático.
- Torna-se fundamental a busca de alternativas teórico-metodológicas que possam oferecer subsídio para superar a precariedade dos serviços de atenção à saúde,

visando a sua universalização e os estabelecimentos de relações com os movimentos populares na direção da democratização das práticas institucionais e na conquista da cidadania.

- A ênfase na participação social pode ser um caminho para a implantação dos sistemas locais de saúde, tornando efetiva a presença da sociedade civil na elaboração de políticas de saúde.
- Defesa do exercício da atividade profissional do Assistente Social, de forma competente e crítica, em que a ação profissional seja resultante de investigações que focalizem a questão social e suas particularidades no momento conjuntural e, as suas derivações para a área da saúde, de modo que a capacidade de enfrentamento seja mais eficaz, através de formulações teórico-políticas aliadas à utilização de instrumental técnico-operativo para responder às demandas colocadas.

Percebemos, então, que o final da década de 80 colocam-se alguns desafios à profissão, que precisam ser enfrentados com competência teórico-metodológica e política.

Bravo (2006, p 211) afirma que:

ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência de intenção de ruptura e, não por acaso, o Serviço Social é uma profissão, já em sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência.

Na saúde, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da divergência entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde.

Bravo (2006, p. 212) apresenta três expressões:

A primeira é a constatação de que ainda existem na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto-apresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional uma busca de privilégios da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido

autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E, por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica.

A autora Bravo (2006) revela que o problema não reside no fato de os profissionais de Serviço Social procurarem por estudos na área da saúde. O dilema é quando este profissional, em virtude dos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades e não mais se identifica como um assistente social. Assim, o profissional recupera uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde, passando a não considerar as novas demandas impostas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explícitas na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993a) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS (1996).

Uma outra questão discutida por Bravo (2006, p. 212):

É a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano, de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde, doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

Para Bravo (2006, p. 214) pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, é:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;

Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;

Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que

garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;

Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-política do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Conforme Iamamoto (2005, p. 75) o desafio do Serviço Social é:

Redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual, traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade.

Assim, compreende-se que compete ao Serviço Social formular estratégias, buscando reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional que deve, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

O Assistente Social tem um papel imprescindível nesta luta pela garantia das políticas de saúde enquanto direito de cidadania, e um compromisso político maior ainda com a transformação e libertação da sociedade.

O Serviço Social é portanto, uma profissão interventiva e interdisciplinar, que possibilita a identificação das necessidades e condições sociais dos usuários em que eles estão inseridos. Nesse contexto, o conhecimento de indicadores socioeconômicos é fundamental, pois podem apontar a magnitude das carências e atender às diversas áreas de intervenção.

### **2.3 Indicadores Sociais: o estudo social e os instrumentos técnico-operativos**

Indicadores Sociais são estatísticas sobre aspectos da vida de um país que, em conjunto, retratam o estado social dessa nação e permitem conhecer o seu nível de desenvolvimento social. Os Indicadores Sociais constituem uma regra, isto é, para que tenham sentido, é preciso que sejam vistos uns em relação aos outros, como elementos de um mesmo conjunto.

Jannuzzi (2003, p. 15) define indicador social como:

uma medida, em geral quantitativa, dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma.

Os indicadores sociais se classificam, segundo a área temática da realidade social a que se refere, como: indicadores de saúde, sociais, de mercado de trabalho, demográficos, habitacionais, de segurança pública e justiça, de infra-estrutura urbana e indicadores de renda e desigualdade. São construídos especialmente a partir de estatísticas sociais, como o censo demográfico e pesquisas amostrais.

Com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, (2008) a Comissão de Estatística das Nações Unidas, no ano de 1997, aprovou a adoção de um conjunto de indicadores sociais para compor uma base de dados nacionais mínima (Minimum National Social Data Set - MNSDS). O MNSDS tem como um de seus objetivos permitir o acompanhamento estatístico dos programas nacionais de cunho social, recomendados pelas diversas conferências internacionais promovidas pelas Nações Unidas nos últimos quatro anos, a saber: conferências sobre população e desenvolvimento no CAIRO em 1994, sobre desenvolvimento social em COPENHAGEN em 1995, sobre a mulher em BEIJING em 1995 e sobre assentamentos humanos no CAIRO em 1996.

O conjunto de indicadores sociais compreende dados gerais sobre distribuição da população por gênero, idade ou etnia, sobre população e desenvolvimento, pobreza, emprego e desemprego, educação e condições de vida, temas identificados pelo Expert Group on Statistical Implications of Recent Major United Nations Conference, como prioritários na agenda das conferências internacionais. O MNSDS resultou de uma ampla consulta técnica a inúmeros países e organismos internacionais. Tem como algumas de suas principais

recomendações a de se utilizar tão-somente dados provenientes de fontes estatísticas regulares e confiáveis e a de desagregar os dados por gênero e outros grupos específicos observando sempre, entretanto, as peculiaridades e prioridades nacionais.

Seguindo as recomendações da Comissão de Estatística das Nações Unidas, o IBGE apresenta um sistema mínimo de indicadores sociais (ISM) com informações atualizadas sobre os aspectos demográficos, anticoncepção, distribuição da população por cor ou etnia; informações atualizadas sobre trabalho e rendimento, educação e condições de vida. Na elaboração do sistema foram consideradas as peculiaridades nacionais e a disponibilidade de dados. Estes estão desagregados por região geográfica, com vistas que o tamanho e a heterogeneidade do país reduzem a representatividade das médias nacionais, e desagregados, também, em alguns casos, por gênero e cor. Os dados são provenientes de pesquisas do IBGE, censitárias (Censo Demográfico e Contagem da População) e por amostra (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD) e complementados por outras fontes nacionais.

Com base nessa literatura, entendemos que os indicadores sociais, se bem empregados, podem enriquecer a interpretação empírica da realidade social e orientar de forma mais competente a análise, a formulação e a implementação das políticas sociais.

### **2.3.1 O estudo social: um instrumental como meio de conhecimento da realidade na prática profissional**

Martinelli e Koumroyan (1994, p.137) definem a natureza do instrumental, que é por excelência “uma categoria relacional, uma instância de passagem que permite que se realize a trajetória que vai da concepção da ação à sua operacionalização, incluindo-se aí o momento da avaliação”.

As autoras (1994, p.137) acima citadas concebem o instrumental como:

o conjunto articulado de instrumentais e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional(...) é possível atribuir-se ao instrumento a natureza de estratégia ou tática, por meio da qual se realiza a ação e a técnica fundamentalmente, a habilidade no uso do instrumental(...) decorre do espaço da criatividade no uso do instrumental reside exatamente no uso da habilidade técnica, portanto, reside no agente(...) o instrumental não é nem o instrumento nem a técnica tomados isoladamente, mas ambos, organicamente

articulados em uma unidade dialética.

Para o assistente social, o instrumental proporciona mediações numa perspectiva de totalidade a partir de cada realidade em particular. É, ao mesmo tempo, técnico, porque exige competência de criar, estabelecer, aplicar e selecionar mediações necessárias; e político, em virtude de pressupor a vinculação a uma determinada concepção de homem e mundo.

O instrumental é fundamental para a ação técnico-operativa do profissional, seja ele quantitativo ao analisá-lo sob uma ótica qualitativa, fazendo dos dados obtidos na realidade cotidiana, novos interlocutores. Por isso é importante na ação profissional o resgate do olhar criativo em relação aos instrumentais e a sua prática, tendo claro que a instituição é um espaço privilegiado, pois é o espaço crítico da construção de parcerias e da socialização da prática institucional.

Segundo Sarmiento (1994, p. 241): “os instrumentos e técnicas são maneiras de levar à prática”; permitem a operacionalização da proposta de ação, pois é através deles que constatamos a realidade, conhecendo-a para através dela intervir. E continua o autor, quando afirma que:

O método é o caminho teórico para o conhecimento da realidade, enquanto sua transformação será orientada por uma proposta de ação que é operacionalizada pelos instrumentos e técnicas... é o conjunto de procedimentos que utilizamos para conhecer e intervir numa determinada realidade humana social.

De acordo com Sarmiento (1994, p.245): “o instrumento é sempre orientado por um determinado conhecimento, uma teoria social, ou seja, é sempre utilizado intencionalmente”.

Guerra (2000, p.27) pontua que:

Os assistentes sociais, ao acionarem razão e vontade na escolha dos procedimentos técnicos e ético-políticos, dentre eles o instrumental técnico-operativo, o fazem no âmbito de um projeto profissional, o que permite que a profissão supere a dimensão eminentemente instrumental (necessária, mas suficiente), respondendo de maneira crítica e consciente às demandas que lhes são postas, alcançando a competência técnica e política necessárias para o avanço da profissão em suas

dimensões: técnicas e ético-políticas, intelectuais e formativas.

O estudo socioeconômico é operacionalizado enquanto metodologia de trabalho de domínio específico e privativo do assistente social, conforme o Art. 4º da Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a Profissão de Assistente Social e dá outras providências (BRASIL, 1993a).

De sua fundamentação rigorosa, teórica, ética e técnica, com base no projeto da profissão, depende a sua devida utilização para a garantia e ampliação de direitos dos sujeitos usuários dos serviços sociais.

Segundo Miotto (2001, p. 146):

o assistente social, ao realizar um estudo social – na maioria das vezes por solicitação de outros profissionais ou por autoridades das mais diferentes áreas – utiliza-o como um instrumento para conhecer e analisar a situação vivida por determinados sujeitos ou grupo de sujeitos sociais para, ao final, emitir uma opinião técnica a respeito.

Assim, o estudo social consiste numa utilização articulada de vários outros instrumentos, como a entrevista (individual ou conjunta), a observação, a visita (domiciliar ou institucional) e a análise de documentos.

O estudo social, em qualquer espaço sócio-ocupacional que dele fizer uso, reporta-se aos fundamentos constitutivos do Serviço Social nas dimensões ético-políticas (poder), teórico-metodológicas (saber) e técnico-operativas (fazer), as quais interagem enquanto mediações da prática profissional (MARTINELLI, 2005), fundamentos que caracterizam a intervenção nesses espaços, somados aos conhecimentos relativos às particularidades e especificidades de cada área.

“O estudo social é um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer profundamente, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional” (FÁVERO, 2007a, p. 42 e 43). É um trabalho baseado no contexto familiar e na realidade social, tendo como finalidade subsidiar decisões e ações, possibilitando a coleta de informações a respeito da realidade sócio-familiar de cada indivíduo e família, e as questões sociais que afetam suas relações sociais, especialmente seus aspectos socioeconômicos e culturais.

O profissional de Serviço Social deve estabelecer as inter-relações entre os diversos fatores que constituem a questão social, portanto, o seu conhecimento acumulado e a sua habilidade são primordiais para a realização do estudo.

A construção do estudo social é pautada em quatro itens fundamentais: o que conhecer; por que (quais os objetivos); para que (com quais finalidades); como (quais instrumentais e técnicas serão utilizados para a ação).

Assim, não só o objetivo e a finalidade precisam ser bem definidos, mas também o instrumental para a investigação social.

Define-se instrumental como “o conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permite a operacionalização da ação profissional. Nessa concepção, é possível atribuir-se ao instrumento a natureza de estratégia ou tática, por meio da qual se realiza a ação, e à técnica fundamentalmente a habilidade no uso do instrumental” (MARTINELLI; KOUMROUYAN, 1994, p. 137). É, portanto, um conjunto de procedimentos que utilizamos para conhecer e intervir, numa determinada realidade humano-social.

O instrumental não é nem o instrumento nem a técnica tomados isoladamente, mas ambos, organicamente articulados em uma unidade (entrevista/relatório, visita, reunião, observação participante, entre outros), produto desta visão concebida.

É por excelência, uma categoria relacional e abrange não só o campo das técnicas como também conhecimentos, métodos e habilidades, sendo uma categoria que se constrói a cada momento, a partir das finalidades da ação que se vai desenvolver e dos determinantes históricos, políticos, sociais e institucionais a ela referidos.

Tem um eixo valorativo, que se reporta ao campo das finalidades e objetivos, um eixo metodológico, que se reporta ao campo da operacionalização, bem como um eixo operativo, que se reporta ao campo das estratégias e táticas.

Afirma Sarmiento (1994, p. 239 e 241) que “os instrumentais e técnicas são maneiras de levar à prática, permitem a operacionalização da proposta de ação, pois é através deles que contatamos com a realidade, conhecendo-a para, através deles, intervir”.

Esse autor afirma ainda que:

o método é o caminho teórico para o conhecimento da realidade, enquanto sua transformação vai ser orientada por uma proposta de ação que é operacionalizada pelos instrumentos e técnicas. É a metodologia que vai garantir ao Serviço Social o conhecimento e a transformação de um dado objeto construído, entendido como uma unidade do método com as técnicas e

instrumentos, cuja teoria ofereceu uma determinada visão de homem e de mundo, dirigindo uma ação sobre o objeto, cuja transformação é intencional e situada. Não dissocia, portanto, o método - teoria - objeto.

Para a realização do estudo social, o profissional se utiliza de técnicas (entrevista, visita domiciliar e outras mais), por meio de um roteiro pré-estabelecido para o levantamento de dados. A entrevista implica num posicionamento do profissional em todos os sentidos, na postura atenta, sem paternalismo, na delicadeza, no trato com o usuário do serviço, ouvindo-o, compreendendo-o e veiculando informações sobre seus direitos. Além disso, o profissional capta e analisa o que é expresso verbalmente e observa atitudes, gestos, olhares, para desvelar o que não foi expresso verbalmente.

Ao término do estudo social, o profissional realiza a documentação - um instrumental indispensável e valioso para o trabalho do assistente social, utilizado para registrar todas as etapas do processo de elaboração técnica e científica da sua ação.

A finalização da documentação da ação profissional se dá na emissão do parecer social, que segundo Favero (2007 ano, p. 47):

diz respeito a esclarecimentos e análises, com base em conhecimento específico do Serviço Social a uma questão ou questões relacionadas a decisões a serem tomadas. Trata-se de exposição e manifestação sucinta, enfocando-se objetivamente a questão ou situação social analisada e os objetivos do trabalho solicitado e apresentado; a análise da situação referenciada em fundamentos teóricos, éticos e técnicos, inerentes ao Serviço Social – portanto, com base em estudo rigoroso e fundamentado  
– e uma finalização de caráter conclusivo ou indicativo.

Como proposta para conhecer a realidade do usuário, faz-se necessário um estudo socioeconômico que permite fundamentar o diagnóstico que vai nortear a ação do profissional. A metodologia de classificação sócio-econômica adotada pelo HRAC, proposta por Graciano, Lehfeld, Neves Filho (1999) busca um sistema de pontos de acordo com critérios avaliativos sistematizados em uma tabela denominada “Instrumental de classificação sócio-econômica”, abrangendo cinco indicadores: situação econômica da família, número de pessoas residentes no domicílio, nível educacional, nível de ocupação e condições habitacionais, a serem caracterizados abaixo:

**Situação econômica da família:** expressa na forma mais genérica possível, a maneira pela qual se dá a distribuição da renda para as diversas classes e segmentos sociais

em uma economia monetária capitalista. Aqui, a espécie de rendimento é caracterizada pelos salários, lucros, rendimentos financeiros, honorários e aposentadorias obtidas pelas categorias sociais e profissionais ocupadas nos diversos setores da economia;

**Número de membros residentes na família:** a composição familiar responde às transformações pelas quais passou a família brasileira, emprestando maior peso às famílias, cujo número de membros é menor. Por sua vez, a variável “residentes” expressa a restrição e a relação que deve haver entre a família e os membros da residência, recortando-a espacialmente;

**Escolaridade dos membros da família:** busca-se conhecer o seu nível de escolaridade, sendo destaque maior nível declarado do responsável o que determina número de pontos aí obtidos;

**Habitação:** extrai elementos quantitativos e qualitativos. Os elementos qualitativos, próprios da situação de moradia, expressam variáveis valorativas associadas à infraestrutura física e de bem estar sócio-econômico familiar e reafirmam os pontos dos limites inferiores e superiores determinados pela condição (precária, insuficiente, regular, boa, ótima). Em segundo lugar, a condição de posse e de propriedade de moradia, base para qualquer classificação sócio-econômica, determina os valores possíveis de serem alcançados. A localização espacial da residência, rural, urbana e suburbana, amplia a visão qualitativa sobre os dados familiares;

**Ocupação dos membros da família:** através do recorte profissional da família, obtém-se outra variável significativa para a classificação sócio-econômica, onde estão as ocupações mais usuais, associadas aos diversos setores econômicos, coerentes com o tipo de rendimento obtido. As categorias se distribuem, segundo a inserção na ocupação, cujo critério é a propriedade que exerce sobre seus meios de produção ou trabalho, neste é observado o maior nível ocupacional do responsável.

A construção desses indicadores necessários à classificação socioeconômica, desenvolvidos por Graciano, Lehfeld, Neves Filho (1999), tem por objetivo refletir as situações encontradas socialmente e servir de instrumento para o conhecimento aproximativo da realidade do usuário e intervenção a partir desse conhecimento. Assim, dispôs-se dos indicadores socioeconômicos para informar sobre o total da renda familiar e o(s) tipo(s) de rendimento(s) a que têm acesso, a educação e a(s) ocupação(ões) por setor(es) de atividade(s), bem como as condições e situações habitacionais, de onde derivam-se inferências sobre o tipo e o grau de inserção da família na estrutura social e na Instituição.

As caracterizações são definidas pelos referidos autores, a partir de um sistema de

pontuação simples que resulta, por correlações, em seis estratos, a saber: Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (M), Média Superior (MS) e Alta (A).

A classificação recai sobre a família, mais propriamente sobre as condições da família como um todo. Soma-se a isso o fato de que os diversos tipos de orientação social terão, na família, o ponto de apoio fundamental e, para tanto, faz-se necessário o levantamento de um rol de informações e considerações sócio-analíticas sobre suas entradas (rendas), natureza da atividade que seus membros exercem, composição demográfica familiar, nível educacional e habitação que subsidiem as intervenções (GRACIANO, LEHFELD, NEVES FILHO, 1999).

Considerando que a documentação em Serviço Social é fundamental para organizar as informações relacionadas às questões sociais, emocionais e econômicas da população usuária, desenvolvida uma proposta de reformulação do protocolo de avaliação para o Serviço Social do HRAC/USP (PAVÃO, GRACIANO, BLATTNER, 2006) em processo de informatização.

Esta proposta abrange os seguintes indicadores: I – Investigação Diagnóstica: - classificação socioeconômica, - situação econômica da família (rendimentos, gastos), - número de membros residentes na família/relações (tipo de união, tipologia, religião, relacionamento, planejamento, repercussões, vida social, discriminações/preconceitos) - escolaridade/relações (nível educacional, relacionamento, apoio escolar), - habitação (situação, condição, acomodações, tipo de construção e de domicílio, zona, infra-estrutura, telefonia, coleta de lixo, asfalto e outros recursos), - ocupação/relações (situação, classificação, setor, natureza, relacionamento e apoio do empregador), - recursos para a reabilitação (tipo ou grau de deficiência, tempo de tratamento, percurso, recursos de apoio para locomoção, recursos organizacionais e humanos de apoio ao tratamento, periodicidade e prazo de comunicação de retornos, recursos e áreas para o tratamento na cidade de origem, expectativas de tratamento, problemas de saúde e deficiência na família); II – Parecer/Intervenção do Serviço Social: - abordagens (individual, grupal), - classificação socioeconômica, - nível de compreensão (capacidade e dificuldade), - demandas/atendimentos); III - Evolução Social.

A emissão do parecer social reflete portanto, a opinião do assistente social, com base na observação e no estudo social, de uma dada situação e no seu comprometimento com a população usuária no acesso às políticas e direitos sociais.

Portanto, o procedimento, no Serviço Social denominado “estudo socioeconômico”, deve ser percebido como um registro vivo do cotidiano dos usuários dos serviços, suas carências e suas estratégias de sobrevivência e resistência.

Segundo Sposatti (1985) o estudo social tem também o papel fundamental de propiciar a veiculação de informações referentes ao direito de cidadania, a compreensão da burocracia institucional e a motivação para a busca dos serviços que necessita e de organização sociocomunitária de seu cotidiano.

Entendemos, assim, que o estudo social, independentemente de sua instrumentalização, deve propiciar a prestação de assistência social aos indivíduos como um direito, devendo ser visualizado numa perspectiva mais ampla, pois permite o conhecimento da história de vida dos usuários, suas necessidades e suas experiências.

É preciso, ainda resgatar o estudo social afinado com o projeto ético-político do assistente social.

O compromisso é não discriminar cidadãos no seu acesso a bens e serviços, não estabelecendo, portanto, critérios constrangedores e vexatórios que estigmatizem e rebaixem o status de cidadania dos usuários das políticas sociais públicas.

É preciso sim garantir que a equidade, ancorada na universalidade propicie o conhecimento da realidade social e as necessidades sociais particulares para melhor atender aos usuários das políticas sociais, mediante uma perspectiva conjuntiva, ampliando os direitos de cidadania em interfaces e coalizões com as demais políticas.

Em virtude do trabalho na área da saúde ser desenvolvido em equipe e, na sua maioria utiliza-se do prontuário único, o estudo socioeconômico – seu conteúdo – permite um conhecimento aproximativo da realidade do indivíduo, seu contexto que dê subsídio para toda equipe para um atendimento mais efetivo de suas necessidades.

## **2.4 Tecnologia da informação e prontuário eletrônico**

De acordo com o Ministério da Ciência e Tecnologia (BRASIL, 2009f) somos um país notável em tamanho e importância, como mostra sua geografia, demografia, economia e sociedade. Paralelamente aos problemas sociais ainda não solucionados, o desenvolvimento dos novos processos de geração e disseminação de conhecimento deve ser um plano para o futuro, como preconiza o Programa para a Sociedade da Informação. Ao invés de soluções em larga escala devem ser realizadas experiências que poderão servir de base para ações de grande amplitude e impacto, de forma conjunta e articulada da sociedade. Assim, é fundamental uma ação de coordenação e integração de esforços dos diversos níveis de governo, da iniciativa privada e em particular a área de tecnologias da informação, da comunidade de pesquisa e da sociedade em geral.

As tecnologias de informação e comunicação contribuem/viabilizam os programas

sociais, tendo maior eficácia e alcançando cada vez mais comunidades e regiões.

#### **2.4.1 Prontuário eletrônico**

O Institute of Medicine - IOM (1997) entende que o prontuário eletrônico do paciente é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para bases de conhecimento médico”. O Computer-based Patient Record Institute define o prontuário eletrônico ressaltando que é “um registro computadorizado de paciente é informação mantida eletronicamente sobre o estado de saúde e os cuidados que um indivíduo recebeu durante toda sua vida”. Segundo Tang e McDonald, o registro eletrônico do paciente que é um repositório de informação mantida de forma eletrônica sobre o estado de saúde e de cuidados de saúde de um indivíduo, durante toda sua vida, armazenado de modo a servir a múltiplos usuários legítimos”.

O prontuário eletrônico é um meio físico, um repositório onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas, e muitos benefícios podem ser obtidos deste formato de armazenamento. Dentre eles, podem ser destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento científico atualizado com conseqüente melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; possível redução de custos, com otimização dos recursos.

Entendemos, assim, que a utilização crescente das tecnologias de informação abre um grande potencial para o desenvolvimento humano em todos os níveis, pela absorção da informação, sua transformação em conhecimento e sua utilização em diferentes dimensões sociais, econômicas, culturais e profissionais.

Portanto, os meios de comunicação, computação e informatização estão convergindo rapidamente em torno de redes intra ou extra-institucionais, criando novos processos de trabalho e de cooperação.

### **3 METODOLOGIA, CENÁRIO DA PESQUISA E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

#### **3.1 Metodologia e Cenário da Pesquisa**

Para o desenvolvimento da pesquisa optamos por uma abordagem quanti- qualitativa com uma direção reflexiva, dado ao interesse em identificar os indicadores sociais constitutivos do estudo socioeconômico, realizado por profissionais de Serviço Social da saúde, bem como o seu processo metodológico à luz do projeto ético político.

De acordo com Chizzotti (2008) as pesquisas qualitativas procuram compreender as experiências que os sujeitos tem, as representações que formam e os conceitos que elaboram, partindo do princípio de que todos os sujeitos são igualmente dignos de estudo, permanecem únicos e todos os seus pontos de vista são relevantes.

Os dados quantitativos preveem a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas (CHIZZOTTI, 2008).

A tipologia da pesquisa é descritiva, englobando a pesquisa documental, a bibliográfica e a pesquisa de campo. Na pesquisa bibliográfica, aprofundamos o estudo das categorias teóricas que deram sustentação à pesquisa: política de saúde no Brasil, projeto ético-político do Serviço Social, estudo social e instrumental, e tecnologias da informação.

É privilegiada a dimensão qualitativa, partindo do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. O sujeito-observador é participante integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado (CHIZZOTTI, 2008).

O universo é constituído de 20 serviços de saúde e reabilitação existentes no município de Bauru. Dos 10 serviços que responderam ao questionário, somente uma instituição afirmou não realizar esta atribuição – estudo socioeconômico. Portanto, a amostra constitui-se de 09 (47%) serviços, cujas assistentes sociais, responsáveis pela coordenação do setor, confirmaram realizar estudo socioeconômico na instituição e se dispuseram a participar do estudo (**anexo 1**).

Como instrumental técnico para a coleta de dados foi aplicado um questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas, cujas questões atenderam aos objetivos da pesquisa (**anexo 2**). Anexados ao questionário, foram enviados a carta de esclarecimento (**anexo 3**) e o termo de consentimento livre e esclarecido (**anexo 4**). O questionário abrangeu os seguintes eixos:

#### **Eixo 1 - Aspectos teórico-metodológicos**

- a) finalidades/objetivos do estudo;
- b) procedimentos metodológicos/instrumentos e técnicas: entrevista, observação, visita

domiciliar, documentação e encaminhamentos.

- c) procedimentos operativos/ estratégias e táticas: Identificação do profissional, Informação sobre o objetivo da entrevista; clima de confiabilidade e sigilo; categoria relacional, postura atenta ( fala, atitudes, gestos, olhares) privacidade; compreensão da realidade social do usuário;
- d) posicionamento frente ao atual projeto profissional ético-político: intervenção social à luz do código de ética, universalidade de acesso a bens e serviços e ou seletividade não vexatória, defesa dos direitos, compromisso com a qualidade e aprimoramento profissional.

#### **Eixo 2 - Aspectos constitutivos do estudo socioeconômico.**

- a) Aspectos: socioeconômicos, psicossociais e culturais demográficos, serviços de saúde, serviços sociais e outros;
- b) Metodologia de classificação socioeconômica
- c) Parecer, intervenção e evolução social.

#### **Eixo 3 - Processo de documentação e informatização.**

- a) Tipologia de prontuário e acesso às informações
- b) Sistema de informatização

#### **Eixo 4 - Principais competências e atribuições do Serviço Social.**

Além da pesquisa de campo, realizada mediante questionário, foi desenvolvida a pesquisa documental, junto aos formulários/fichas utilizados pelos assistentes sociais para o estudo socioeconômico em suas respectivas instituições, visando a identificação dos indicadores e ou aspectos constitutivos do estudo.

### **3.2 Apresentação e Análise dos Resultados**

O estudo social constitui-se numa das atribuições do assistente social, que vem se efetivando como objeto de investigação, apresentando especificidades e particularidades que precisam ser sistematizadas enquanto conhecimento produzido na prática cotidiana pelos assistentes sociais.

Neste item, procura-se sistematizar os dados encontrados durante o processo de investigação, a partir da ocorrência ou não do estudo socioeconômico como uma das atribuições do Serviço Social.

| <b>Realiza estudo socioeconômico</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------|-------------------|----------|
|--------------------------------------|-------------------|----------|

|                    |           |            |
|--------------------|-----------|------------|
| Sim                | 09        | 90         |
| Não                | 01        | 10         |
| <b>Total Geral</b> | <b>10</b> | <b>100</b> |

TABELA 1 – REALIZAÇÃO DE ESTUDO SOCIOECONÔMICO COM OS USUÁRIOS DA INSTITUIÇÃO

Somente um (10%) dos serviços não realiza estudo socioeconômico, por tratar-se de associação de apoio a um hospital especializado, a quem cabe esta competência. Tratam-se, portanto, de instituições parceiras, que mantêm convênio e intercâmbio de idéias e programas, e têm como compromisso a articulação de políticas de assistência social e saúde, evitando-se a duplicidade de procedimentos técnico-operativos.

Por outro lado, verificamos que a maioria (90%) das instituições pesquisadas realiza o estudo socioeconômico, atendendo a uma das competências do profissional de Serviço Social, ou seja: realizar estudos socioeconômicos com os usuários, para fins de benefícios e serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993a).

Consideramos, assim, fundamental analisar a intencionalidade das ações desenvolvidas pelos assistentes sociais, enfatizando os objetivos institucionais para a realização do estudo social enquanto competência e atribuição profissional. Partimos do pressuposto de que o conhecimento técnico do assistente social poderá influenciar tanto no processo de orientação social, encaminhamentos e pareceres sobre benefícios sociais, e nesse sentido está a ética e politicamente comprometido com as consequências desse fazer.

Para melhor compreensão dos dados, apresentaremos inicialmente a caracterização da amostra das instituições pesquisadas.

| Categories               | Frequência | %   |
|--------------------------|------------|-----|
| <b>Natureza</b>          |            |     |
| Pública                  | 03         | 33  |
| Privada                  | 01         | 11  |
| Terceiro Setor           | 05         | 56  |
| Total                    | 09         | 100 |
| <b>Tipos de unidades</b> |            |     |

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| Hospital   | 02        | 22         |
| Associação/Fundação  | 06        | 67         |
| Faculdade  | 01        | 11         |
| <b>Total</b>   | <b>09</b> | <b>100</b> |
| <b>Finalidades</b>   |           |            |
| Assistência social   | 04        | 44         |
| Serviços de saúde, reabilitação e/ou educação                        | 08        | 89         |
| Defesa dos direitos  | 02        | 22         |
| <b>Total</b>   | <b>09</b> | <b>100</b> |
| <b>Público alvo</b>  |           |            |
| Pessoas com deficiência visual, física e mental, auditiva e múltipla | 07        | 78         |
| Pessoas com Câncer   | 01        | 11         |
| Pessoas com fissura lábiopalatina                                    | 01        | 11         |
| Pessoas com problemas de saúde                                       | 01        | 11         |
| <b>Total</b>   | <b>09</b> | <b>100</b> |

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E REABILITAÇÃO QUANTO A NATUREZA, TIPOLOGIA, FINALIDADES E PÚBLICO ALVO.

Com relação à **natureza dos serviços**, os resultados mostram a sua diversidade na seguinte ordem de concentração: terceiro setor, 56%; público, 33% e privado, 11%, evidenciando o esforço da esfera do terceiro setor e público em desenvolver políticas de atendimento à pessoas com deficiência.

De acordo com o Ferreira (1999): **público** é relativo ou pertencente ou destinado ao povo, à coletividade; ao governo de um país; que é de uso de todos; comum; considerado como o primeiro setor, constituindo-se por serviços mantidos pelo Estado. O **privado** é relativo ao que não é público; particular, constituindo o segundo setor, formado pela iniciativa privada/empresas.

Segundo Rodrigues (1998), **Terceiro Setor** é a ação da sociedade se organizando, de forma espontânea ou não, para ocupar espaços deixados pelo setor público e buscar compensar, ou sanar, as mazelas do processo de produção do setor privado. O terceiro setor (setor social ou organizações da sociedade civil ou ainda organizações não-lucrativas) se

compõe por meio das organizações privadas sem fins lucrativos, voltadas para a produção de bens ou para os serviços públicos.

Quanto à **tipologia**, o maior índice foi observado nos serviços disponibilizados por associações e fundação, ou seja, organizações do terceiro setor (6/67%), que se compõe pelas organizações privadas sem fins lucrativos, definidas na LEI Nº 10.406/02 do Código Civil (as associações; as sociedades; as fundações; as organizações religiosas; os partidos políticos) (Brasil 2002).

Os serviços apresentam como **finalidades** a saúde, reabilitação e/ou educação (89%), bem como a assistência social (44%), em defesa dos direitos dos usuários.

Quanto ao **público alvo**, abrange pessoas com deficiência (78%) seguida de pessoas em tratamento contra o câncer (11%) e pessoas com fissura labiopalatina (11%).

A seguir, sistematizaremos os dados coletados durante o processo de investigação, a partir da ocorrência do estudo socioeconômico como uma das atribuições do Serviço Social, analisando-os a partir dos seguintes eixos teóricos: Aspectos teóricos metodológicos, aspectos constitutivos do estudo socioeconômico, processo de documentação e informatização, e competências e atribuições do Serviço Social.

### 3.2.1 ASPECTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

O estudo social constitui-se numa das atribuições do assistente social, que vem se efetivando como objeto de investigação, apresentando especificidades e particularidades que precisam ser sistematizadas enquanto conhecimento produzido na prática cotidiana pelos assistentes sociais.

Identifica-se, a partir da amostra, que a totalidade dos assistentes sociais das instituições pesquisadas realizam o estudo socioeconômico, atendendo a uma das competências do profissional de Serviço Social, ou seja: realizam estudos socioeconômicos com os usuários, para fins de benefícios e serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993a).

Considera-se assim, fundamental analisar a intencionalidade das ações desenvolvidas pelos assistentes sociais, enfatizando os objetivos institucionais para a realização do estudo social, enquanto competência e atribuição profissional. Parte-se de um pressuposto de que o conhecimento técnico do assistente social poderá influenciar tanto no processo de orientação social, encaminhamentos e pareceres sobre benefícios sociais, e nesse sentido está ética e politicamente comprometido com as conseqüências desse fazer.

| <b>Finalidades/objetivos econômico</b>  | <b>do estudo sócio</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b> |
|---|------------------------|-------------------|----------|
| Identificar as necessidades   |                        | 01                | 13       |
| Conhecer o perfil dos usuários para análise e conhecimento do social, demandas emergentes e as questões sociais para intervenção assertiva. |                        | 03                | 38       |
| Conhecer condições de vida e apoio para pesquisa e acompanhamento social  |                        | 01                | 13       |
| Conhecer a realidade socioeconômica da família para orientação e intervenção  |                        | 02                | 25       |
| Viabilizar benefícios sociais e serviços na instituição   |                        | 07                | 88       |
| Realizar pesquisa na instituição  |                        | 07                | 88       |
| Total   |                        | 08                | 100      |
| Não respondeu   |                        | 01                | -        |
| <b>Total Geral</b>  |                        | <b>09</b>         | <b>-</b> |

TABELA 3 – FINALIDADES

A questão da intencionalidade do estudo socioeconômico é fundamental para analisarmos o compromisso do profissional com o projeto ético-político da profissão e com as políticas públicas, numa perspectiva de direito de cidadania.

Os dados revelam que a maioria (07/88%) dos assistentes sociais tem como diretriz a universalidade do acesso e não a seletividade, pois realizam o estudo com o objetivo de identificar e/ou conhecer demandas e necessidades vivenciadas pelos usuários dos serviços na realidade social. Entendemos dessa forma, que a maioria dos profissionais desenvolve seu trabalho no sentido de analisar as questões sociais que afetam o contexto familiar, especialmente em seus aspectos socioeconômicos e culturais, com a finalidade de subsidiar sua intervenção profissional. Esta idéia vai ao encontro do que diz a autora Fávero (2007a) ao definir o estudo socioeconômico como um processo metodológico que tem como finalidade conhecer profundamente e de forma crítica uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional.

Outra questão assinalada é o apoio prestado às ações de pesquisa da instituição (7/88%). Esta atribuição também está presente na regulamentação da profissão de assistente social, pois o planejamento, a execução e a avaliação de pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais é um compromisso que

deve ser assumido pela categoria, conforme previsto no Código de Ética (BRASIL, 1993b).

Ao analisarmos ainda que a maioria (7/88%) realize estudo socioeconômico com objetivo de prestar e/ou viabilizar benefícios e serviços sociais, entendemos que esta atribuição, embora “contraditória”, dependendo da sua intencionalidade (excluir ou incluir) é previsível na regulamentação da profissão (BRASIL, 1993a) porém, deve ser viabilizada na ótica da equidade e justiça social de forma a assegurar o acesso aos bens e serviços relativos a programas e políticas sociais, conforme estabelece o Código de Ética (BRASIL, 1993b) e, conseqüentemente, o projeto ético-político da profissão. Desta forma, é importante ressaltar que o estudo socioeconômico deve ser reconhecido como uma das importantes atribuições do assistente social, desde que não signifique estabelecer critérios desiguais de elegibilidade que humilhem, envergonhem, estigmatizem os usuários dos serviços, conforme alertam Pereira e Stein (2004). Entendemos assim que a assistência social deverá ser prestada a quem dela necessitar, mas sem rebaixar o *status* de cidadania, canalizando-se os recursos públicos aos cidadãos, que deles necessitarem.

E é nesta perspectiva de direito do cidadão e dever do Estado que a Política de Assistência Social deverá ser compreendida, para que sejam providos os mínimos sociais para garantir o atendimento das necessidades básicas, conforme dispõe a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993 c).

É também na perspectiva de direito que a saúde deve ser entendida como fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a).

É importante ressaltar que a Saúde e a Assistência Social, juntamente com a Previdência Social, fazem parte do tripé da Seguridade Social e, tanto a Saúde como a Assistência Social, não são contributivas, sendo a primeira, um direito universal; a segunda, um direito condicionado à necessidade, ao contrário da Previdência Social, que é contributiva mediante planos previdenciários.

Assim, a avaliação socioeconômica deve ter por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos usuários para a garantia de direitos, e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços. Portanto, não deve funcionar como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, conforme destaca o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2009).

Ao identificar a situação econômica (habitacional, trabalhista, previdenciária e outros) e familiar, com vistas à construção do perfil socioeconômico, o compromisso, segundo Fávero (2007b) é o de possibilitar a formulação de estratégias de intervenção. Para a elaboração do estudo social, e conseqüente emissão do parecer social, são utilizados instrumentais consolidados no âmbito profissional, como a entrevista, reunião, observação,

visita domiciliar, documentação e outros necessários para subsidiar a avaliação e a interpretação da questão social que o demandou.

Assim, o estudo social consiste numa utilização articulada de vários instrumentos, assunto a ser analisado a seguir.

| <b>Procedimentos metodológicos</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|------------------------------------|-------------------|------------|
| Entrevista                         | 09                | 100        |
| Observação                         | 09                | 100        |
| Visita domiciliar                  | 07                | 78         |
| Documentação                       | 09                | 100        |
| Encaminhamentos                    | 08                | 89         |
| Outros                             | 02                | 22         |
| <b>Total Geral</b>                 | <b>09</b>         | <b>100</b> |

TABELA 4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: INSTRUMENTOS E TÉCNICAS

Com relação aos instrumentos e técnicas, a totalidade dos assistentes sociais (9/100%) realiza entrevista, observação e documentação, seguidos de encaminhamentos e visita domiciliar, 89% e 78%, respectivamente.

Outros procedimentos metodológicos também foram especificados (2/22%) a exemplo de: contatos telefônicos com recursos da comunidade; cursos de capacitação para profissionais da saúde.

Por meio dos procedimentos metodológicos, o profissional constrói um saber a respeito da população usuária dos serviços (...). Conforme Fávero (2007a, p. 28) “Um saber que pode se constituir numa verdade. As pessoas são examinadas, avaliadas, suas vidas e condutas interpretadas e registradas, construindo-se, assim, uma verdade a respeito (...)”

Com base em Martinelli e Koumrouyan (1994) entendemos que o instrumental é, antes de tudo, uma categoria relacional. É um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação, o que exige habilidades e estratégias no seu uso.

Essa articulação decorre do fato do instrumental não ser nem a técnica, nem o instrumento, tomados isoladamente, mas ambos articulados em uma unidade dialética. Deve portanto, propiciar mediações numa perspectiva de totalidade a partir de cada realidade em particular.

É por meio dos instrumentais que se operacionalizam as propostas de ação, pois é a partir deles que constatamos a realidade, conhecendo-a para intervir.

Com base em Sarmiento (1994) lembramos ainda que, os instrumentos são sempre orientados por um determinado conhecimento, uma teoria social, portanto, apresentam uma intencionalidade. Por exemplo, incluir ou excluir? Direito ou favor?

Portanto, é preciso que os assistentes sociais superem a dimensão eminentemente instrumental, respondendo de maneira crítica e consciente às demandas que lhes são postas, alcançando competência técnica, ética e política necessárias para o avanço da profissão.

É nesta linha de pensamento que identificamos que a abordagem (individual ou grupal) tem como objetivo trabalhar os determinantes sociais, criando mecanismos e rotinas de ação que possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera das políticas sociais.

Para tanto, é necessário um posicionamento crítico do profissional, captando e analisando o que é expresso verbalmente como as atitudes, gestos e olhares, para desvelar o que não foi expresso, assunto a ser abordado a seguir.

| <b>Procedimentos Operativos (estratégias e táticas)</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|---|-------------------|------------|
| Identificação do profissional                           | 09                | 100        |
| Informação sobre objetivo da entrevista                 | 09                | 100        |
| Clima de Confiabilidade e sigilo                        | 07                | 78         |
| Categoria relacional                                    | 05                | 56         |
| Postura atenta  | 07                | 78         |
| Privacidade   | 07                | 78         |
| Compreensão da realidade social                         | 05                | 56         |
| Outros  | 05                | 56         |
| <b>Total Geral</b>                                      | <b>09</b>         | <b>100</b> |

TABELA 5 – PROCEDIMENTOS OPERATIVOS

Em se tratando dos procedimentos operativos – estratégias e táticas – verificamos que 100% dos assistentes sociais identificam e informam sobre o objetivo da entrevista, ressaltam a existência de clima de confiança e sigilo, bem como postura atenta e privacidade (78%) o que pressupõe interações comunicativas efetuadas face a face, durante o processo de investigação e intervenção.

Quanto à identificação do profissional, constitui-se em uma das marcas da humanização que prevê: “Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e ação integrada”.

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque é relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

Nesse processo, o clima de confiabilidade, sigilo e privacidade devem ser respeitados, como defende o Código de Ética profissional (BRASIL, 1993b) ao prever a proteção ao usuário.

Ao tratar dos fundamentos do Serviço Social para a construção competente teórica, técnica, ética e política do estudo social, não se pode perder de vista que o usuário é um indivíduo social, um sujeito que vive em uma realidade social que condiciona a sua história e o fato que motivou a realização do estudo. Assim sendo, a informação sobre o objetivo da entrevista é um dos elementos essenciais para criar um clima de confiabilidade, cuja base está no diálogo e na postura relacional para que a realidade social seja compreendida.

Ressaltamos que esse diálogo deverá ser isento de conceitos estabelecidos *a priori*. Segundo Fávero (2007b, p. 10):

A consciência de que o saber que o profissional acumula, enquanto especialista, se cristalizado, coloca o risco de não se levar em conta o saber e os significados atribuídos pelo outro a partir de sua realidade, põe-se como um exercício ético inerente a esse esforço e esse dever de isolamento do preconceito, da banalização da vida humana e da imersão total nas atividades e exigências postas no cotidiano – considerando o necessário distanciamento para a reflexão teórica, para a reflexão ética, para a efetiva ação em conexão com a competência técnica, ética e política.

Assim, o assistente social utiliza-se de diferentes estratégias e competências acerca de cada situação social em foco, visando o conhecimento aproximativo da realidade social. Esse conhecimento implica no preparo para a função, e na capacidade de compreender os diversos fatores que estão a interferir no contexto social, sejam eles econômicos, sociais, culturais.

O profissional de Serviço Social traz em sua formação um arcabouço de conhecimentos e habilidades que podem ser traduzidos em competências técnicas e ético-políticas da profissão, para efetivar respostas qualificadas aos usuários e às instituições, contrapondo-se às abordagens tradicionais, funcionalistas e pragmáticas.

| <b>Posicionamento frente ao atual PEP</b>                | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|--|-------------------|------------|
| Intervenção Social à luz do Código de Ética              | 08                | 89         |
| Universalidade de acesso a bens e serviços               | 08                | 89         |
| Seletividade não vexatória                               | 03                | 33         |
| Defesa dos Direitos                                      | 08                | 89         |
| Compromisso com a qualidade e aprimoramento profissional | 08                | 89         |
| Outros   | 02                | 22         |
| <b>Total Geral</b>                                       | <b>09</b>         | <b>100</b> |

TABELA 6 - POSICIONAMENTO FRENTE AO ATUAL PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DA PROFISSÃO

Quanto ao posicionamento frente ao atual projeto ético-político destacam desde a ruptura com o Serviço Social tradicional, avançando para o Projeto Ético Político (2/22%) bem como a universalidade de acesso a bens e serviços, a defesa dos direitos e o compromisso com a qualidade e aprimoramento profissional (8/89%), posturas estas apoiadas no Código de Ética do assistente social, que tem como princípios fundamentais, dentre outros:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; - Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; - Defesa do aprofundamento da Democracia; - Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; - Ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos; -

Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (BRASIL, 1993b).

O Código de Ética nos indica, portanto, um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. Segundo Iamamoto (2005, p.77 e 78)

o desafio é a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, descolados do processo social (...). Os princípios são focos que vão iluminando os caminhos a serem trilhados a partir de alguns compromissos fundamentais acordados e assumidos coletivamente pela categoria (...). É necessário dar-lhe vida por meio dos sujeitos que, internalizando o seu conteúdo, expressam-no por ações que vão tecendo o novo projeto profissional no espaço ocupacional cotidiano.

Segundo Paulo Netto (2006, p. 145):

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Do ponto de vista estritamente profissional, o projeto implica o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Em especial, o projeto prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

Considerando que na atuação junto à população face às expressões da questão social, um dos instrumentos de trabalho que o assistente social utiliza com maior frequência é o estudo social, cujos elementos constitutivos serão abordados a seguir.

### **3.2. 2 Aspectos Constitutivos do estudo Socioeconômico**

É importante ressaltar que os elementos constitutivos do estudo social deverão estar estritamente ligados ao campo da definição, ou seja, o que se quer conhecer, porém, nunca

desarticulado da sua finalidade.

Para tanto, segundo Fávero (2007a) deve-se utilizar especialmente, de técnicas de entrevista por meio de um roteiro pré-estabelecido para o levantamento de dados.

O estudo social é portanto, baseado no contexto familiar e na realidade social, possibilitando a coleta de informações a respeito da realidade sócio-familiar de cada indivíduo e família, bem como as questões que afetam suas relações sociais, especialmente seus aspectos socioeconômicos e culturais, conforme defende Fávero (2007a) e aponta a realidade nas tabelas 7 e 8.

| <b>Aspectos socioeconômicos</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|---------------------------------|-------------------|------------|
| Situação econômica da família   | 09                | 100        |
| Escolaridade                    | 09                | 100        |
| Número de membros da família    | 09                | 100        |
| Habitação                       | 09                | 100        |
| Ocupação                        | 09                | 100        |
| Outros* (religião)              | 01                | 11         |
| <b>Total Geral</b>              | <b>09</b>         | <b>100</b> |

  

| <b>Classificação a partir de indicadores</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|--|-------------------|------------|
| Sim  | 07                | 78         |
| Não  | 02                | 22         |
| <b>Total Geral</b>                           | <b>09</b>         | <b>100</b> |

**Se sim, Quais categorias de classes**

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| Classificação Econômica Brasil         | -         | -          |
| Baixa, Média e Alta                    | -         | -          |
| BI, BS, MI, M, MS e A*(Graciano et al) | 07        | 100        |
| Outros                                 | -         | -          |
| <b>Total Geral</b>                     | <b>07</b> | <b>100</b> |

\* Legenda: Baixa Inferior, Baixa Superior, Média Inferior, Média, Média Superior e Alta  
TABELA 7 – ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Quanto aos elementos constitutivos do socioeconômico, verificamos na pesquisa que a totalidade dos assistentes sociais consideraram: a situação econômica da família, a escolaridade, o número de membros da família, a habitação e a ocupação, como importantes indicadores viabilizadores do conhecimento aproximativo da realidade social dos usuários.

Verificamos ainda que, a maioria dos assistentes sociais pesquisados (7/78%) utilizam-se de critérios avaliativos para a classificação socioeconômica a partir dos indicadores considerados em seus estudos e, destes, a sua totalidade (7/100%) adota a metodologia desenvolvida por Graciano, Lehfeld, Neves Filho (1999).

Entendemos assim que este instrumental de classificação socioeconômica, tem por objetivo refletir as situações encontradas na sociedade brasileira e servir de instrumento para o conhecimento aproximativo da realidade do usuário, bem como de base para a intervenção social.

É nesse sentido que os autores Graciano, Lehfeld, Neves Filho (1999) defendem que a partir do estudo socioeconômico, há possibilidade de configuração dos diferentes estratos sociais, ou seja: Baixo Inferior, Baixo Superior, Médio Inferior, Médio, Médio Superior e Alto, mediante a inter-relação dos cinco indicadores considerados, ou seja: constituição familiar, renda, educação, ocupação e habitação, introduzindo um rol de informações qualitativas e quantitativas.

É uma metodologia desenvolvida, testada e atualizada a partir de uma amostra significativa de usuários de um hospital universitário público, cujos resultados em termos de configuração dos estratos sociais segue abaixo (GRACIANO, 2008, p. 238):

| Indicadores       | Faixa Salarial                                 | Membros                        | Escolaridade                   | Habitação condição e                              | Ocupação  |
|-------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Baixa Inferior    | + de ½ a 2 SM (64,3%)                          | 3 a 4 (40,1%)                  | Fund. I - Inc. (27,9%)         | Cedida: 48,4%<br>Própria: 29,7%<br>Alugada: 18,4% | Trab. Vol.e Assem. (34,8%)<br>EmpDomUrb/                  |
| Baixa Superior    | + de 2 a 4 SM (41,3%)<br>+ de 4 a 9 SM (28,0%) | 3 a 4 (55,0%)<br>5 a 6 (31,0%) | Fund. II-Inc (18,5%)<br>Médio  | Própria: 39,5%<br>Cedida: 23,0%<br>Alugada: 28,6% | Trab. Assal. Prod. Bens e Serviços (64,6%)<br>Trab.Conta  |
| Média Inferior    | + de 4 a 9 SM (28,0%)<br>+ de 9 a 15 SM        | 3 a 4 (60%)<br>5 a 6 (27,6%)   | Médio Com p. (28,2%)<br>Sup.Co | Própria: 70%<br>Alugada: 16%                      | Trab.Conta Própria/Autônomo (24,6%)<br>Trab. Assal. Prod. |
| Média 633 (2,55%) | + de 15 a 30 SM (55,0%)                        | 3 a 4 (64,0%)                  | Sup.Co mp. (83,7%)             | Própria: 84%<br>Alugada: 12,4%                    | Trab. Assal. Adm. Téc. e Científicos (39%)                |

|   |                                    |               |  |  |                  |
|---|------------------------------------|---------------|--|--|------------------|
| Média Superior<br>57 (0,22%)  | + de 30 a 60 SM (24,6%)            | 3 a 4 (56,0%) | Sup. Comp. (79,6%)   | Própria: 81%<br>Boa: 19%<br>Ótima: 81% | Empresário (36%) |
| Alta<br>4 (0,02%)   | + de 60 a 100 SM (75%)<br>acima de | 3 a 4 (75%)   | Sup. Comp.   | Própria: 75%<br>Boa: 25%<br>Ótima: 75% | Empresário       |
| <b>Total: 24.808 (100%)</b>   |                                    |               |  |  |                  |
| <b>Legenda:</b> SM: Salário-mínimo Fund. I -Inc.: Fundamental I Incompleto Fund. II-Inc.: Fundamental II Incompleto Médio Comp.: Médio Incompleto Ensino Médio Completo |                                    |               | Emp.dom.urb./rurais: Empregados domésticos urbanos/rurais Trab. Conta Própria Autônomo: Trabalhadores por conta própria/autônomos Trab. Assalariado: Trabalhadores Assalariados da produção bens e |  |                  |

### QUADRO 1 - SÍNTESE DA CONFIGURAÇÃO DOS ESTRATOS SOCIAIS: A INTER- RELAÇÃO DOS DIFERENTES INDICADORES

Fonte: GRACIANO, M.I.G. Estudo socioeconômico e políticas sociais. In: KOGA, D.; GANEV, E. FAVERO, E. (orgs). **Cidades e questões sociais**. São Paulo: Andross, 2008. p. 225-244.

Ressaltamos ainda que a utilização de outras categorizações, embora citadas no questionário (além da classificação socioeconômica desenvolvida por Graciano, Lehfel, Neves Filho (1999) não foram mencionadas dentre as utilizadas pelos assistentes sociais pesquisados.

Quanto à classificação socioeconômica do Brasil (CRITÉRIO, 2003) embora não utilizada pelas instituições pesquisadas, entendemos que este instrumental não atende aos princípios do projeto ético-político, pois tem como foco o acesso a meios de consumo. Independentemente do modelo a ser adotado pelos assistentes sociais, é importante que a partir da definição dos indicadores constitutivos do estudo que se proponha uma escala de classificação ou avaliação por níveis, estratos, índices, para facilitar o conhecimento do perfil e da configuração socioeconômica da situação social dos usuários.

Considerando que o estudo socioeconômico não se restringe somente aos indicadores elencados para a configuração dos diferentes estratos socioeconômicos, analisarem a seguir outros elementos constitutivos.

| Aspectos demográficos | Frequência | %   |
|-----------------------|------------|-----|
| Raça                  | 03         | 33  |
| Gênero                | 09         | 100 |
| Idade                 | 07         | 78  |
| Estado Civil          | 07         | 78  |

|   |                   |            |
|---|-------------------|------------|
| Situação conjugal                         | 06                | 67         |
| Procedência                               | 06                | 67         |
| Outros                                    | 02                | 22         |
| <b>Total Geral</b>                        | <b>09</b>         | <b>100</b> |
| <b>Aspectos psicossociais e culturais</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
| Religião/crença                           | 07                | 78         |
| Discriminações/preconceito                | 03                | 33         |
| Arranjos/dinâmica familiar                | 09                | 100        |
| Relações familiares                       | 08                | 89         |
| Relações Sociais                          | 06                | 67         |
| Planejamento familiar                     | 03                | 33         |
| Ansiedades, expectativas, preocupações.   | 07                | 78         |
| Problemas de saúde na família             | 09                | 100        |
| Outros*                                   | 03                | 33         |
| <b>Total Geral</b>                        | <b>09</b>         | <b>100</b> |

TABELA 8 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, PSICOSSOCIAIS E CULTURAIS.

É preciso considerar que o estudo social, por ser baseado no contexto familiar, deve possibilitar a coleta de informação da realidade sócio-familiar de cada indivíduo e família, abrangendo questões que afetam suas relações sociais, especialmente em seus aspectos demográficos, psicossociais, culturais, de saúde, bem como de acesso aos serviços sociais.

Com relação aos aspectos demográficos notamos que 100% dos assistentes sociais fazem referência ao gênero, seguido da idade (7/78%) e estado civil (7/78%), situação conjugal (6/67%), procedência (6/67%), e até mesmo etnia (33%), dados essenciais para se conhecer o perfil dos usuários.

Especialmente quanto ao gênero é preciso estar atento aos diferentes papéis desempenhados pelo homem e pela mulher, sabemos que a mulher tem sido muitas vezes não só responsável pela educação dos filhos, mas também pelo seu sustento.

Segundo Carvalho, Pereira (1994) a responsabilização pelo sustento centralizado no papel da mulher abrange vários papéis como o de educar, prover, socializar, suprir necessidades afetivas e materiais, assim como o de autoridade e imposição de limites aos filhos em fase de desenvolvimento. Por outro lado, sabemos que com a precarização do mercado de trabalho, a sobrevivência e a manutenção do padrão de vida da família depende de um esforço familiar coletivo, conforme alerta a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (2002).

Ao considerarmos a idade, é importante nos situarmos nos diferentes ciclos da vida humana, ou seja: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Para tanto, é necessário conhecer leis, a exemplo do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990b), do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) dentre outras.

E é a partir da procedência, ou seja, do conhecimento de quais municípios, estados ou até mesmo de quais países procedem os usuários das instituições, e quais os serviços e/ou recursos a que terão acesso para a efetivação de direitos de cidadania, que teremos maiores elementos para o conhecimento da realidade social.

Embora as políticas sociais preveem a descentralização dos serviços, a exemplo da saúde, devido à falta de serviços especializados em algumas áreas, considerados como de alta complexidade, muitos dos usuários se deslocam de diferentes regiões, estados e até mesmo países em busca de serviços, o que demandará ações de diferentes profissionais. No caso do Serviço Social, caberá o compromisso de orientá-los no sentido de identificar recursos para que façam uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos, conforme prevê a Lei nº 8662 (BRASIL, 1993a).

Além do estado civil, a situação conjugal também é um importante aspecto demográfico a ser estudado, pois está diretamente ligado à tipologia do modelo e ou arranjo familiar. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) a classificação dos tipos de união são: solteiro, casado, separado, divorciado, união consensual e outros.

Quanto a outros aspectos são referenciados pelos profissionais os meios de transporte, distância, horas, quilômetros e trajeto da residência ao local de tratamento (2/22%).

Ao tratar dos aspectos constitutivos do estudo social, alguns pontos centrais precisam ser considerados (FÁVERO, 2007a). Não perder de vista que o usuário é um indivíduo social, um sujeito que vive em uma realidade social. O usuário tem uma história social de vida; alguma forma de organização familiar, com a qual mantém e/ou manteve vínculos determinantes em sua forma de existência; reside em uma região, em uma cidade, em um território, traçados socialmente por políticas públicas comprometidas com a efetivação de direitos, ou pela sua ausência ou ineficiência – que são determinantes em sua existência.

Nesse sentido, os aspectos psicossociais e culturais destacados na pesquisa evidenciam a importância do conhecimento dos tipos e modelos e/ou arranjos familiares, bem como a sua dinâmica (9/100%), problemas de saúde na família (9/100%), relacionamento familiar (8/89%), ansiedades, expectativas e preocupações (7/78%), religião/crença (7/78%), relacionamentos sociais (6/67%), planejamento familiar (3/33%), discriminação/preconceito (3/33%). Além destes aspectos, os profissionais relatam outros

aspectos constitutivos do estudo social (2/22%), ou seja: o histórico da deficiência e os métodos contraceptivos.

Quanto aos modelos e arranjos familiares, José Filho (2002) reforça que o que está em evidência na contemporaneidade são os vários arranjos familiares, dentre eles: a família com base em uniões livres, famílias monoparentais, dirigidas só pela mulher ou só pelo homem divorciado, gerando novas uniões, famílias homoafetivas, mães adolescentes solteiras que assumem seus filhos sozinhas e mulheres que decidem ter filhos por produção independente.

Para Silva (2008) os novos arranjos familiares são baseados nas vivências e experiências particulares e de cada família, onde os membros, indiferente do gênero, são prescritos a desempenhar funções de acordo com as particularidades atuais das famílias e não mais a seguir rigidamente as práticas tradicionais cujo homem e mulher têm suas funções predeterminadas.

Com base na literatura, incluindo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (2002), Guimarães et al. (1999) e José Filho (2002), Sant’Ana, Blattner e Graciano (2009) consideram as seguintes classificações em uma pesquisa desenvolvida no HRAC: família nuclear (casal com ou sem filhos); monoparental (com filhos chefiados por um dos cônjuges- homem ou mulher); unipessoal (pessoa que mora sozinha); extensa (um ou mais parentes); reconstituída (nova união com filhos de diferentes casamentos); outros arranjos (uniões livres, casais homossexuais e outras). Este estudo constatou que, quanto aos modelos e/ou arranjos familiares, houve predominância da família nuclear seguida da extensa, monoparental e a reconstituída, evidenciando a sua diversidade na sociedade, resultantes de fenômenos sociais, culturais e econômicos que afetam os modos de vida.

A religião definida como crença na existência de uma força ou forças sobrenaturais, considerada(s) como criadora do Universo, manifestada(s) por meio de doutrina e ritual próprios que envolvem, em geral, preceitos éticos (FERREIRA, 1999) tem um papel fundamental no conhecimento da realidade social, pois dela dependerão comportamentos, hábitos e posicionamentos. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) a religião é classificada em: Católica, Espírita, Evangélica, Protestante, Judia e sem religião.

A literatura é afirmativa ao revelar que problema de saúde incluindo situações relacionadas a pessoa com deficiência podem afetar a dinâmica familiar, e precisam ser investigadas no estudo social. No caso das fissuras labiopalatinas, suas repercussões podem levar as diversas contingências físicas, psicológicas, afetivas e sociais, com algumas características comuns: baixo auto conceito, insegurança, dependência dos pais, esquiva de contatos sociais, dificuldades de comunicação dentre outras (GRACIANO, TAVANO,

BACHEGA, 2007).

É nesse sentido que os assistentes sociais evidenciaram a necessidade de coleta de informações a respeito de ocorrência de problemas de saúde na família (100%).

| <b>Serviços de Saúde</b>        | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|---------------------------------|-------------------|------------|
| Inserção na instituição         | 08                | 89         |
| Experiências anteriores         | 04                | 44         |
| Serviços de apoio ao tratamento | 08                | 89         |
| Convênios médicos               | 05                | 56         |
| Sistema público – SUS           | 07                | 78         |
| Meios de transporte para acesso | 06                | 67         |
| Outros                          | 01                | 11         |
| <b>Total Geral</b>              | <b>09</b>         | <b>100</b> |

| <b>Serviços Sociais</b>                 | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|---|-------------------|------------|
| Tratamento Fora do Domicílio - TFD      | 07                | 78         |
| Programa Bolsa Família –PBF             | 08                | 89         |
| Benefício da Prestação Continuada - BPC | 08                | 89         |
| Previdência Social                      | 06                | 67         |
| Outros                                  | 03                | 33         |
| <b>Total Geral</b>                      | <b>09</b>         | <b>100</b> |

TABELA 9 - SERVIÇOS DE SAÚDE E SOCIAIS

Além dos serviços de apoio ao tratamento (8/89%), é preciso investigar sobre o grau de adesão ou participação no processo de tratamento e /ou reabilitação (8/89%), pois trata-se de uma demanda importante nas ações profissionais do Serviço Social de Saúde. Para tanto, o assistente social deve criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, acompanhando inclusive os casos de não adesão ao tratamento (faltas de tratamento).

Segundo Graciano, Tavano, Bachega, (2007) um dos principais desafios de um serviço como o HRAC/USP é assegurar às pessoas com anomalias craniofaciais o acesso ao tratamento e a sua continuidade, visando a inclusão numa política de saúde, por meio dos programas de reabilitação, que têm como eixo fundamental a prevenção de casos de abandono de tratamento e/ou a intervenção por meio de diferentes programas sociais.

Para tanto, é preciso conhecer o acesso aos serviços de saúde, bem como a sua modalidade: públicos, conveniados ou privados. Quanto a outros aspectos (1/11%) nos Serviços Sociais, os grupos de artesanato e fisioterápico, atendimentos com toda equipe foram referenciados.

Em se tratando da necessidade de deslocamento para o acesso aos serviços, a questão dos meios de transporte utilizados também se constitui numa demanda para o Serviço Social, cujo objetivo é facilitar ou viabilizar a inclusão das pessoas em diferentes políticas públicas, o que implica, muitas vezes, em viabilizar transporte, a exemplo do Tratamento Fora do Domicílio - TFD, passe saúde, passe livre para pessoa com deficiência, além de outros. O Tratamento Fora do Domicílio é um recurso que pode ser solicitado pelos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS quando estiverem esgotados todos os meios de tratamento no local de origem (cidade onde o paciente reside), desde que haja possibilidade de recuperação total ou parcial para a patologia apresentada (BRASIL, 1999).

O próprio conceito de saúde, em sua amplitude, prevê a questão do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção proteção e recuperação (BRASIL, 1990a)

O acesso a outros benefícios, como Programa Bolsa Família (8/89%), o Benefício de Prestação Continuada (8/89%) e a Previdência Social (6/67%) também são citados.

O Programa Bolsa Família (PBF), dentro do contexto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), é um programa de transferência de renda e, portanto, encontra-se inserido nos Serviços de Proteção Social Básica, tendo como objetivo beneficiar famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, sendo que o responsável pela operacionalização é o município. Os objetivos do Programa Bolsa Família, conforme o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome são: aliviar a pobreza via transferência de renda, garantir que os mais pobres estejam incluídos e reduzir a pobreza entre gerações. Garantindo que filhos de famílias pobres tenham acesso e fiquem na escola. Programas como o Bolsa Família têm efeito importante na diminuição da desigualdade por aumentarem a renda das famílias e por diminuírem a pobreza entre gerações ao garantirem o acesso e a permanência de crianças na escola (BRASIL, 2009g)

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e consiste no pagamento de 01 (um) salário mínimo mensal a pessoas com 65 anos de idade ou mais, e a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho. Em ambos, caso a renda *per capita* familiar seja inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo. O BPC encontra amparo legal nas Leis nº 8742/93 - Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (BRASIL, 1993c) e Lei 10.741/03,

que institui o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). O benefício é gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a quem compete sua gestão, acompanhamento e avaliação. Ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) compete a sua operacionalização, sendo que os recursos para custeio do BPC provêm do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

São também destacados outros aspectos como a questão de saúde, habitação, direitos e educação, acesso a projetos de saúde da unidade, legislação do Serviço Social e na área trabalhista (3/33%).

| <b>Os aspectos constitutivos são suficientes para conhecer a realidade social</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b> |
|---|-------------------|----------|
| Sim   | 07                | 78       |
| Não   | 02                | 22       |
| Total Geral   | 09                | 100      |

TABELA 10 – ASPECTOS CONSTITUTIVOS DO ESTUDO SOCIAL E SUA EFETIVIDADE

Ressaltamos que os aspectos constitutivos do estudo social foram considerados suficientes para conhecer a realidade social (7/78%) nas diferentes organizações estudadas, englobando:

- **aspectos socioeconômicos:** situação econômica da família, escolaridade, número de membros, ocupação (setor, nível, natureza), habitação (tipo, zona, infra-estrutura, telefonia, asfalto, saneamento, acomodações, coleta de lixo);
- **aspectos demográficos:** raça, sexo, idade, situação conjugal, estado civil, procedência;
- **aspectos psicossociais e culturais:** religião, crenças, discriminação, preconceitos, arranjos e dinâmica familiar, relações familiares, relações sociais (escola, trabalho, amigos), planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, ansiedades, expectativas, preocupações, problemas de saúde na família, como doenças, deficiência, alcoolismo, drogas;
- **serviços de saúde:** inserção na instituição, experiências anteriores em outras instituições, serviços de apoio ao tratamento, convênios médicos, sistema público de saúde; meios de transporte para o acesso;
- **serviços sociais:** Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Bolsa Família –PBF, Benefício de Prestação Continuada – BPC, Previdência Social.

Com base nesses elementos constitutivos do estudo social, destacamos a afirmativa de Fávero, (2007a, p.33) quando pontua:

a definição de uma ação fundamentada nos aportes éticos e teóricos que fundam a profissão contemporaneamente, implica que a reflexão a respeito da construção do estudo social passa, fundamentalmente, pela relação com o objeto de trabalho do Serviço Social e o processo de trabalho que o envolve. Assim, as diretrizes norteadoras da nossa formação profissional, do nosso projeto de profissão, pautam esse debate.

É importante, também ressaltar que na construção do estudo social, não se pode perder de vista que o usuário é um indivíduo social inserido numa realidade social que condicionou a sua história social de vida - passada e presente. Nesse sentido, é importante conhecer as formas de relação com o trabalho (inserido ou excluído), as relações familiares e territoriais, acesso ou não a bens sociais. Conforme relata Fávero (2007a, p.37) trabalho, cidade, políticas sociais e família se põem como chaves do conhecimento para a construção do estudo social, sendo que as particularidades sociais, econômicas e culturais cabem ao assistente social trazer à tona, sem deixar de construir interpretações e estabelecer relações com questões estruturais, nacionais e mundiais que interferem e determinam o dia-a-dia dos sujeitos.

Entendemos assim, que o estudo social envolve uma dimensão de totalidade na prática cotidiana do assistente social, conhecimento este a ser compartilhado com a equipe interdisciplinar, com observância dos princípios ético-políticos da profissão. O estudo social deve ser concluído com o parecer social e intervenções realizadas, assuntos a serem discutidos a seguir.

| <b>Emitir parecer social após o estudo</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b> |
|--|-------------------|----------|
| Sim  | 09                | 100      |
| Não  | -                 | -        |
| Total Geral                                | 09                | 100      |

TABELA 11 - PARECER SOCIAL

A totalidade dos assistentes sociais confirma a emissão do parecer social após o estudo social (9/100%), não fazendo porém, referência aos elementos constitutivos.

O parecer social diz respeito a esclarecimento e análises, com base em conhecimento específico do serviço social, a uma questão ou questões relacionadas a decisões a serem tomadas. Trata-se de exposição e manifestação sucinta, enfocando-se objetivamente, a questão ou situação social analisada, e os objetivos do trabalho solicitado e apresentado; a análise da situação, referenciada em fundamentos teóricos, éticos e técnicos, inerentes ao Serviço Social – portanto, com base em estudo rigoroso e fundamentado – e uma finalização, de caráter conclusivo ou indicativo (FÁVERO, 2007a).

Segundo Sousa (2008) um parecer social é uma avaliação teórica e técnica realizada pelo Assistente Social, com base nos dados de informações sob a forma de relatório. Compete ao Assistente Social avaliar essas informações, emitir uma opinião sobre elas, que deve estar fundamentada, com base em uma perspectiva teórica de análise.

Assim, o parecer social é crucial, pois é ele que dá ao Assistente Social uma identidade profissional – a inexistência de um parecer reduz o relatório a uma simples descrição dos fatos, não permitindo nenhuma análise profunda sobre os mesmos. Isto demanda que este profissional se posicione diante das situações verificadas na realidade social. Assim, o parecer é a conclusão de determinado trabalho – seja de um atendimento individual, seja de um conjunto de instrumentos utilizados durante determinado processo de intervenção. Aprender a realidade não é apenas descrevê-la, é produzir um conhecimento sobre a mesma. E é no momento do parecer social que esse conhecimento é elaborado a partir da reflexão racional do profissional – um conhecimento prático, que visa compreender a singularidade da situação estudada pelo Assistente Social, à luz da universalidade dos fenômenos sociais (SOUZA, 2008).

O parecer social também deve realizar uma análise prospectiva, isto é, apontar que desdobramentos determinadas situações podem tomar. Deve, ainda, levantar hipóteses sobre possíveis conseqüências da situação, o que demanda rigor teórico necessário para o conhecimento da realidade social na qual determinada situação está sendo avaliada. O parecer social deve também conter sugestões de novas ações que precisam ser desenvolvidas junto àquela situação.

Portanto, o parecer social emitido pelo assistente social “tem implicações éticas para o assistente social, para os sujeitos sociais aos quais se refere, bem como para o requerente do mesmo” (MIOTO, 2001, p. 156).

Segundo Moreira, Alvarenga (2007), ao levantar os elementos constitutivos para emissão do parecer social, deve se levar em consideração as representações, os valores e os significados presentes no contexto sócio-cultural, onde o usuário desenvolve relações sociais e de convivência. Nesse cenário, o núcleo familiar, a satisfação das necessidades básicas, a posição do usuário no grupo familiar a partir da interdependência do vínculo econômico-

social e a inserção no mercado de trabalho nortearão os elementos constitutivos a serem trabalhados, dependendo da situação a ser caracterizada. Deve ter como base a observação e a realização do estudo socioeconômico de uma dada situação e deve exprimir a opinião profissional sobre a referida situação em consonância com o objetivo que gerou o atendimento e/ou a solicitação do parecer. Seu conteúdo deve, portanto basear-se nas situações previstas, havendo uma coerência entre os elementos constitutivos trabalhados/aspectos relevantes e a conclusão. É necessário que o conteúdo não seja excessivo e deve ser expresso de maneira clara e objetiva.

Moreira, Alvarenga (2007) pontuam que:

o profissional deve pautar-se na história de vida do usuário, que compreende o tempo histórico do sujeito e o tempo histórico social, priorizando o atendimento individual, aprofundando um determinado conhecimento da realidade humano-social, trabalhando a totalidade, lembrando-se que o usuário/indivíduo é um ser social.

Segundo Pavão, Graciano, Blattner (2006) após o estudo socioeconômico, realizado por assistentes sociais, por meio de indicadores se faz necessária a emissão do parecer social para maior compreensão do diagnóstico social. O seu conteúdo abrange: classificação socioeconômica, dinâmica familiar, nível de compreensão (capacidade e dificuldade), abordagens (individual e grupal), demandas/orientações sociais prestadas e acesso a serviços.

Entendemos assim, que o parecer social não pode ser uma replicação das informações, e nem possuir caráter fiscalizatório. Ao contrário, deve demonstrar o compromisso com a ampliação e viabilização do acesso aos direitos sociais, o que demanda ações interventivas.

Ao fazer qualquer intervenção social temos que fazer a escolha. Freire (1994, p.49) é enfático quando diz que o trabalhador social, como homem, tem que fazer sua opção, ou adere à mudança que ocorre no sentido da verdadeira humanização do homem, ou fica a favor da permanência.

Para analisar os dados sobre os aspectos constitutivos da intervenção social, faz-se necessário, inicialmente conceituar o Serviço Social enquanto profissão eminentemente interventiva.

Segundo Rodrigues On (1995, p. 154) o Serviço Social: “é uma profissão que tem por atraente empreender uma prática – social, educativa, política - de enfrentamento da questão social, principalmente no que tange as interfaces pobreza/riqueza e as recorrências do

progressivo empobrecimento da população”.

Completa Baptista (1995, p. 115) que na prática profissional, as mediações entre a elaboração teórica, a projeção e a intervenção se dá de maneira complexa: tem que responder a questões muito concretas, socioeconômicas e políticas de uma sociedade extremamente diversificada, colocando-se diante de problemas muito específicos. Nesse espaço, o profissional não tem apenas que analisar o que acontece, mas tem que estabelecer uma crítica, tomar uma posição e decidir por um determinado tipo de intervenção.

Para Martinelli (2007) o Serviço social é uma profissão eminentemente interventiva que atua no campo das relações humano-sociais.

Como uma *profissão interventiva*, é dotada de uma dimensão teórico- metodológica e técnico-operativa que não se dissocia das implicações de ordem ética e política. Entende-se que o Serviço Social vem respaldando seu exercício profissional, as sistematizações sobre o mesmo e os saberes que constrói em parcela do acervo intelectual e cultural, herdado fundamentalmente do pensamento social na modernidade.

Entendemos que as atividades do Serviço Social está prioritariamente concentradas em diferentes campos ou eixos de inserção do trabalho profissional, que se relacionam intimamente com as suas demandas e/ou requisições, norteadas pelo projeto ético-político da profissão. Desta forma, a intervenção social se reporta especialmente ao Código de Ética (BRASIL, 1993b) e a Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993a).

| <b>Aspectos constitutivos da intervenção social</b>                 | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|---|-------------------|------------|
| Apoio psicossocial  | 08                | 89         |
| Orientações sociais   | 09                | 100        |
| Encaminhamentos/orientações   | 09                | 100        |
| Planejamento de Benefícios sociais                                  | 07                | 78         |
| Orientações sobre processo de Saúde                                 | 08                | 89         |
| Intervenção junto a casos de interrupção de tratamento              | 08                | 89         |
| Interpretação junto à equipe de fatores socioeconômicos e culturais | 07                | 78         |
| Outros  | 01                | 11         |
| <b>Total Geral</b>  | <b>09</b>         | <b>100</b> |

| <b>Ficha de evolução social</b> |    |    |
|---------------------------------|----|----|
| Sim                             | 07 | 78 |
| Não                             | 02 | 22 |

---

|             |    |     |
|-------------|----|-----|
| Total Geral | 09 | 100 |
|-------------|----|-----|

---

## TABELA 12 - INTERVENÇÃO SOCIAL

É nesse sentido que os dados evidenciam que, dentre os aspectos constitutivos da intervenção social, destacam-se competências como ações relacionadas a: orientações sociais e planejamento de benefícios sociais (9/100%) apoio psicossocial, orientações sobre o processo saúde/doença, e intervenções junto com a interrupção do tratamento (8/89%), bem como de interpretação da realidade social dos usuários para a equipe (7/78%). Além disso, estas ações demandam um acompanhamento contínuo, ressaltado pela maioria (7/78%) ao afirmarem sobre a existência da ficha de evolução social. Para tanto, é preciso compreender as diferentes dimensões presentes na prática profissional em consonância com o projeto ético-político da profissão, ou seja, política, ética e técnico-operativa.

Segundo Mota (2003) essas dimensões possuem uma unidade, cujos elos que as sustentam são tanto de natureza teórica, vinculada aos fundamentos que a profissão abraça, quanto ídeo-culturais, reveladoras da visão do mundo dos sujeitos profissionais. Assim, enquanto a dimensão política da prática encontra-se imbricada nos objetivos e finalidades das ações, principalmente nas possibilidades de interferir nas relações e situações geradoras das desigualdades e nos mecanismos institucionais para elas voltados, a dimensão ética reclama por princípios e valores humanos, políticos e civilizatórios; e a dimensão técnico-operativa consiste na capacidade de articular objetivamente os meios disponíveis e os instrumentos de trabalho para materializar os objetivos com base nos valores.

Esse conjunto de princípios éticos e políticos vem impondo aos profissionais a necessidade de flexibilizar, rever, propor e criar novos modos e meios de intervenção que estejam organicamente articulados ao atual movimento da sociedade. Movimento este que se encontra eivado de desafios e dificuldades face ao tratamento dispensado às desigualdades sociais no Brasil, na contemporaneidade.

A observação da trajetória do Serviço Social permite identificar uma história de avanços e conquistas, no sentido de consolidar uma produção de conhecimento que lhe dá sustentação teórica e metodológica para intervir na realidade social de forma crítica e criativa e que este processo de intervenção se faz respaldado no projeto ético e político, comprometido com os interesses coletivos dos cidadãos e com a construção de uma sociedade justa.

Assim, propor ações profissionais requer do assistente social um estudo detalhado acerca das condições objetivas de vida do usuário e, fundamentalmente, do modo como este

constrói relações na realidade social onde vive.

Outra referência fundamental, segundo Torres (2007) é que:

o exercício profissional do assistente social ocorre por meio de uma dupla dimensão que se relaciona. Essas dimensões – interventiva e analítica – mantêm entre si uma relação de autonomia e interdependência, a saber: **dimensão interventiva**: aquela em que se explicita não somente a construção, mas a efetivação das ações desenvolvidas pelo assistente social. Compreende intervenção propriamente dita, o conhecimento das tendências teórico-metodológicas, a instrumentalidade, os instrumentos técnico-operativos e os do campo das habilidades, os componentes éticos e os componentes políticos, o conhecimento das condições objetivas de vida do usuário e o reconhecimento da realidade social e a **dimensão investigativa**: compreende a produção do conhecimento, a elaboração de pesquisas e os aspectos analíticos que dão suporte, qualificam e garantem a concretização da ação interventiva. Ambas – em complementaridade – favorecem a visibilidade do fazer profissional. São essas dimensões que consolidam a coerência, a consistência teórica e argumentativa, e, para além disso, são as formas concretas do agir profissional.

Acrescenta ainda esse autor que o exercício profissional realizado sob essa dupla dimensão amplia a discussão sobre a intervenção profissional, enfatizando a questão do compromisso e da competência; além de salientar a preocupação com o desenvolvimento teórico do Serviço Social.

Setúbal (2007) ressalta que, ao se atribuir importância à ação investigativa, longe de se negar a importância da dimensão interventiva, pretende-se mostrar a íntima relação existente entre teoria e prática, e a condição de centralidade que esses processos devem ocupar na formação e na vida profissional.

O Serviço Social na contemporaneidade tem um cenário onde os seus profissionais, no empenho de fortalecer o estatuto de produtores de conhecimento para a profissão, lançam mão de diferentes formas de análise da realidade. Formas que não apenas orientam a interpretação do objeto problematizado, mas, sobretudo, expressam as tendências ideológicas presentes nas lutas políticas existentes no interior da categoria, como reflexo de uma luta mais ampla de toda a sociedade.

Considerando que tanto o estudo socioeconômico, como a intervenção profissional demandam um processo de documentação e informatização dos dados, o relatório.

O relatório faz parte da documentação da ação profissional, instrumento que permite

o registro de tais ações nos diferentes momentos do trabalho. Constituiu-se de relatos descritivos - das entrevistas com os usuários, bem como de outros procedimentos: observações, dinâmica de grupo, reunião, visita domiciliar e visita institucional.

Segundo Magalhães (2003, p.65) o relatório, do ponto de vista do processo comunicativo institucional, tem como finalidade registrar a intervenção feita e os resultados positivos ou negativos dessa intervenção. Sua principal característica é a de ser um instrumento de comunicação voltado ao próprio profissional que realiza os atendimentos. Acreditamos também que é de fundamental importância para a equipe, dar visibilidade à situação sobre a qual o profissional está intervindo. É, portanto, o relatório, a descrição ou o relato do que foi possível conhecer por meio do estudo, ou seja, um parecer ou exposição dos fundamentos de uma apreciação ou exposição de circunstâncias, fatos ou objetos (MAGALHÃES, 2003, p.60).

O conteúdo de um relatório deve extrapolar o burocrático, e conter subsídios para uma primeira tomada de conhecimento da realidade estudada. Diante disso, não basta somente informar ou encaminhar, mas explicitar – ainda que de modo breve - a situação social estudada.

Nesse sentido, identificamos que a maioria (6/85%) elabora relatórios, quer de caráter qualitativo e/ou quantitativo, conforme tabela a seguir.

| <b>Emissão de relatórios/categorização dos dados</b> | <b>Frequência</b> | <b>%</b> |
|--|-------------------|----------|
| Sim  | 06                | 85       |
| Não  | 01                | 15       |
| Total  | 07                | 100      |
| Não respondeu  | 02                | -        |
| <b>Total Geral</b>                                   | <b>09</b>         | <b>-</b> |

TABELA 13 – RELATÓRIOS

Os relatórios trazem informações importantes e envolvem a intervenção profissional e o acompanhamento dos usuários, tendo sido reconhecidos em 6/85% das instituições pesquisadas.

### **3.2.3 - Processo de documentação e informatização.**

Outro aspecto investigado refere-se à documentação do estudo socioeconômico,

especialmente com relação à utilização do prontuário único, confirmado pela totalidade dos sujeitos (100%).

| <b>Prontuário Único</b>                            | <b>Frequência</b> | <b>%</b>   |
|--|-------------------|------------|
| Sim  | 09                | 100        |
| Não  | -                 |            |
| <b>Total Geral</b>                                 | <b>09</b>         | <b>100</b> |
| <b>Prontuário Eletrônico</b>                       |                   |            |
| Sim  | 01                | 11         |
| Não  | 08                | 89         |
| <b>Total Geral</b>                                 | <b>09</b>         | <b>100</b> |
| <b>O Serviço Social faz parte deste prontuário</b> |                   |            |
| Sim  | 09                | 100        |
| Não  | -                 |            |
| <b>Total Geral</b>                                 | <b>09</b>         | <b>100</b> |
| <b>O Serviço Social tem acesso as informações</b>  |                   |            |
| Sim  | 09                | 100        |
| Não  | -                 |            |
| <b>Total Geral</b>                                 | <b>09</b>         | <b>100</b> |
| <b>Acesso às demais áreas</b>                      |                   |            |
| Sim  | 09                | 100        |
| Não  | -                 |            |
| <b>Total Geral</b>                                 | <b>09</b>         | <b>100</b> |
| <b>O estudo social é informatizado</b>             |                   |            |
| Sim  | 02                | 22         |
| Não  | 07                | 78         |
| <b>Total Geral</b>                                 | <b>09</b>         | <b>100</b> |

TABELA 14- PROCESSO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMATIZAÇÃO

Com relação à documentação do estudo socioeconômico, especialmente quanto à utilização de prontuário único, é confirmado pela totalidade dos sujeitos (9/100%).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2002) o: “Prontuário do Paciente” é constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de

caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (Resolução CFM 1.638/02 art 1º)

Tem como funções assegurar a assistência ao paciente (continuidade do atendimento/tratamento, qualidade, ganho de tempo), o apoio, diagnóstico, a estatística administrativa e até mesmo a defesa judicial. Além disso, serve de base para o desenvolvimento de pesquisas científicas e ensino, informações epidemiológicas, estimativas da eficiência do trabalho dos profissionais, meios de comunicações entre os profissionais e de facilitação de elaboração de relatórios e atestados (TEIXEIRA, 2009).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2007) com relação à existência do prontuário eletrônico, há normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde (Resolução CFM Nº 1821, de 11/07/2007).

Embora a pesquisa tenha apontado a existência de uma instituição que faz uso do prontuário eletrônico (1/11%), este fato é questionado, pois a informatização de dados não garante que o prontuário seja eletrônico. A característica principal é a eliminação do papel, que implica a obediência aos requisitos do nível de garantia de segurança 2 (NGS 2) estabelecidas no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

No caso do nível de garantia de segurança 1 (NGS 1) não é autorizada a eliminação do papel por falta de amparo legal.

Além disso, os sistemas informatizados, devem atender o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, disponíveis nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br) e [www.sbis.org.br](http://www.sbis.org.br).

Destaca-se ainda, na pesquisa, que o Serviço Social é uma área integrante do prontuário único, na totalidade dos casos (9/100%), tendo assim acesso às informações, respeitando-se o sigilo profissional. Segundo o § Único do artigo 16 do Código de Ética do Assistente Social (BRASIL, 1993b): “em trabalho multidisciplinar, só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário”.

### **3.2.4 Competências e as atribuições do Serviço Social**

O assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação

de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências). As atribuições a serem explicitadas podem ser desenvolvidas nos diversos espaços, havendo, entretanto, predominância de determinadas ações a partir das áreas de trabalho, sendo, porém, fundamental a observância da lei de regulamentação da profissão, ou seja, o art. 4º declara como competências:

**Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:**

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, a grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Já o artigo Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

- II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria a órgãos da Administração Pública direta e indireta, a empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto em nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regional;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Além das competências e atribuições definidas na lei de regulamentação da profissão (BRASIL 1993a) faz-se importante a apresentação dos Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, 2009) uma vez que a análise das principais competências e atribuições dos assistentes sociais pesquisados se fará com base nessas produções.

O profissional desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões, que são complementares e indissociáveis: Assistenciais, de Equipe, Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

As **ações assistenciais** têm se constituído nas principais demandas aos profissionais de Serviço Social, principalmente face às contradições para a viabilização do SUS constitucional, que exige novas formas de organização do trabalho face aos princípios da

universalização, descentralização e participação popular. Além disso, há outras demandas que se referem às condições reais de vida dos usuários, devendo o assistente social transpor o caráter emergencial e burocrático na busca de uma dimensão socioeducativa. Para tanto, exige-se reflexão com relação às condições sócio-históricas dos usuários, mobilizando-os para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

As principais ações assistenciais a serem desenvolvidas pelo assistente social são: •

identificar a situação socioeconômica e familiar dos usuários com vistas à construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;

- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.
- trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

As **ações em equipe** se constituem de fundamental importância por permitir que as diferenças de especializações atribuam unidade à equipe.

Segundo Yamamoto (2002) o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. Além disso, requer observância dos princípios ético-políticos, no caso do Serviço Social, os explicitados nos documentos legais da profissão. (BRASIL, 1993a, BRASIL,1993b e ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL 1996).

Os assistentes sociais devem ter como parâmetros as seguintes ações na equipe: •

esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando, junto com a equipe,

propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;

- elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que têm interface com o atendimento ao usuário, tais como a marcação de exames e consultas e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária;
- criar, junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar;
- realizar, em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente;
- participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas;
- planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada;
- realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis.

As **ações socioeducativas** consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população. Constituem-se em eixo central de atuação do assistente social, também denominada de educação em saúde.

- Dentre as principais atividades socioeducativas a serem efetivadas, destacam-se:
- criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
  - desenvolver ações de mobilização na comunidade, objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
  - realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
  - participar de campanhas preventivas, realizando atividades socioeducativas;
  - realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
  - desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
  - elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
  - mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias a participar no controle democrático dos serviços prestados;
  - realizar atividades de grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de interesse dos mesmos.

As **ações de Mobilização, Participação e Controle Social** estão voltadas prioritariamente à inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços demográficos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nos conselhos, conferências, e fóruns de saúde e outras políticas públicas. Têm também como enfoque, a democratização da instituição através da criação de conselhos gestores de unidades e outros órgãos colegiados, que visem a participação dos trabalhadores de saúde na gestão da Unidade. Envolvem ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita, e articulação com movimentos sociais.

As principais ações de Mobilização, Participação e Controle Social: desenvolvidas nesse âmbito são:

- socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;

- mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir, para viabilizar a participação de usuários no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- participar da ouvidoria da unidade através de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde;
- participar dos conselhos de saúde, contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social;
- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde;
- instituir e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde através da criação de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- favorecer a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração e avaliação do orçamento da saúde;
- participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e / ou conferências de saúde;
- democratizar, junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde, os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos;
- estimular a participação dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais.

As **ações de Investigação, Planejamento e Gestão** têm como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. Devem ser embasadas pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e coletividade. Outra demanda é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão.

Nas Ações de Investigação, Planejamento e Gestão considera-se importante a ocupação desses espaços pelos assistentes sociais, tendo como diretriz o projeto ético-

político profissional, com vistas às seguintes ações:

- elaborar planos e projetos de ação profissional com a participação dos profissionais;
- interferir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e trabalhadores da saúde;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- utilizar a documentação técnica, a fim de produzir conhecimento no âmbito do SUS;
- manter sistema de registro e estudo das manifestações da questão social; registrar as ações realizadas; participar das Comissões e Comitês temáticos;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- realizar pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas;
- participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condição sanitária das regiões;
- realizar investigação de determinados segmentos de usuários objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- realizar estudos em relação aos espaços de controle social a fim de subsidiá-los, tendo em vista o fortalecimento de seu potencial político;
- participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- fornecer subsídios a partir das investigações realizadas para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional;
- Integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional.

As atividades de qualificação profissional consistem em treinamento, preparação e formação de recursos humanos voltados para a educação permanente de funcionários, representantes comunitários, chefes intermediários e conselheiros, bem como a participação na formação profissional de estagiários, residentes/ especializandos, de forma articulada com unidades de formação acadêmica. Compreende ainda o desenvolvimento de assessoria.

As principais ações de **Assessoria, Qualificação e Formação Profissional** a serem realizadas neste âmbito de intervenção são:

- prestar assessoria aos conselhos em todos os níveis, na perspectiva de fortalecimento do controle democrático;
- garantir assessoria aos assistentes sociais na busca de qualificação do seu de trabalho;
- organizar e coordenar seminários e eventos para debater e formular estratégias coletivas para a política de saúde tanto nas instituições como nas outras esferas;
- supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- garantir a educação permanente da equipe de Serviço Social na instituição e demais trabalhadores, bem como participar dos seus fóruns;
- participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas;
- participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/ implementação da NOB RH / SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional.

Os dados a serem apresentados a seguir, referem-se às competências e/ou atribuições desempenhadas pelos sujeitos pesquisados, cuja categorização terá como referência as ações profissionais definidas nos parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, 2009), cujas dimensões são complementares e indissociáveis, ou seja: Assistencial; de Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

É com esse olhar que analisaremos as principais competências e atribuições desenvolvidas pelos assistentes sociais nas organizações pesquisadas, como apresenta 15:

| <b>AÇÕES PROFISSIONAIS</b>  | <b>Frequência</b> | <b>%</b> |
|---|-------------------|----------|
| <b>Ações Assistenciais</b>  |                   |          |
| Execução de políticas sociais,  | 08                | 89       |
| Execução de planos, programas e projetos;   | 09                | 100      |
| Encaminhamento de providências e prestação de orientação social a indivíduos, grupos e população; | 09                | 100      |
| Prestação de benefícios e de serviços sociais   | 07                | 78       |
| Realização de estudo socioeconômico para fins de benefícios sociais                               | 07                | 78       |

|   |           |            |
|---|-----------|------------|
| Orientação para identificação e utilização de recursos; | 08        | 89         |
| <b>Total Geral</b>                                      | <b>09</b> | <b>100</b> |

### **Ações em Equipe**

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| Treinamento e capacitação do pessoal junto com a equipe  | 01        | 11        |
| Participação junto com a equipe em diferentes programas; | 07        | 78        |
| <b>Total Geral</b>                                       | <b>07</b> | <b>78</b> |

### **Ações Socioeducativas**

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| Realização de atividades de grupos com usuários e familiares abordando temas ou atividades de interesse. | 04        | 44        |
| Desenvolvimento de atividades socioeducativas na sala de espera  | 01        | 11        |
| Campanhas preventivas mediante atividades socioeducativas  | 03        | 33        |
| Ações de mobilização na comunidade   | 02        | 22        |
| <b>Total Geral</b>   | <b>04</b> | <b>44</b> |

### **Ações de Mobilização, Participação e Controle Social**

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| Estimulação e mobilização dos usuários e familiares para participação social em diferentes espaços | 04        | 44        |
| <b>Total Geral</b>   | <b>04</b> | <b>44</b> |

### **Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional**

|   |    |    |
|---|----|----|
| Assessoria aos assistentes sociais na busca de qualificação e/ou outras matérias relacionadas ao Serviço Social ; | 04 | 44 |
| Participação, organização e/ou coordenação em seminários, encontros e congressos.                                 | 03 | 33 |
| Desenvolvimento de atividades de ensino e Supervisão de estagiários.  | 06 | 67 |
| Participação em programas de qualificação profissional (especialização)   | 01 | 11 |
| Assessoria a entidades e/ou movimentos sociais  | 02 | 22 |

|   |           |            |
|---|-----------|------------|
| <b>Total Geral</b>  | <b>06</b> | <b>67</b>  |
| <b>Ações de Investigação, Planejamento e Gestão</b>   |           |            |
| Elaboração, implementação e avaliação de políticas sociais;   | 08        | 89         |
| Elaboração, coordenação e avaliação de planos, programas e projetos;  | 09        | 100        |
| Planejamento, execução e avaliação de pesquisas;  | 06        | 67         |
| Planejamento, organização e administração de serviços sociais;  | 09        | 100        |
| Realização de pesquisa para identificar o perfil dos usuários e estabelecer prioridades entre as demandas                 | 03        | 33         |
| Participação em estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições de vida.   | 02        | 22         |
| Participação na gestão da instituição ou serviço (direção e/ou, coordenação de serviços e/ou grupos de estudo e pesquisa) | 04        | 44         |
| <b>Total Geral</b>  | <b>09</b> | <b>100</b> |

TABELA 15 – AÇÕES PROFISSIONAIS DO ASSISTENTE SOCIAL

Analisando as competências e atribuições, há destaque para o grupo de ações assistenciais (9/100%) e ações de investigação, planejamento e gestão (9/100%) seguidas das ações em equipe (7/78%), ações de assessoria, qualificação e formação profissional (6/67%), ações de mobilização, participação, controle social (4/44%) e ações socioeducativas (4/44%).

Esses dados evidenciaram que o Serviço Social desenvolve suas ações tanto numa perspectiva prática (técnico-operativo), ou seja, interventiva, como investigativa, visando produzir mudanças no cotidiano da vida social das populações atendidas – os usuários do Serviço Social. Isto sugere uma inter relação entre o trabalho intelectual (quem pensa e planeja) e o trabalho manual (quem executa as políticas sociais), rompendo com a tradição meramente executiva, conquistando novas funções e atribuições, sobretudo do ponto de vista do planejamento e administração de políticas sociais. A superação dessa dicotomia da profissão (os que pensam e os que executam) é vivenciada no âmbito profissional e dos profissionais pesquisados, e tal conquista se expressa no art 4º da regulamentação da profissão:

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

Com relação às ações assistenciais (9/100%) têm se constituído nas principais demandas aos profissionais de Serviço Social, especialmente à contradição criada com a contra-reforma na saúde, que não viabiliza, por exemplo, o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas face à demora no atendimento, precariedade de recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimentos, não- atendimentos aos usuários. Questões estas que, em geral, aparecem no cotidiano dos serviços por meios das seguintes demandas explícitas: solução quanto ao atendimento, reclamações, com relação à qualidade e/ou demora no atendimento.

Cabe porém, aos assistentes sociais, transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa através da reflexão com relação às condutas sócio-históricas a que são submetidos os usuários e a mobilização para participação nas lutas em defesa da garantia dos direitos sociais.

Nesse sentido é que a avaliação socioeconômica dos usuários deve ter por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos, para a garantia de direitos, e não instrumento que impeça o acesso aos serviços. Não deve, portanto, a avaliação socioeconômica funcionar como um critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural.

Dentre as ações assistenciais (9/100) nas instituições pesquisadas, há destaque para as de encaminhamento de providências e de prestação de orientação social a indivíduos, grupos e população (9/100%) os quais deverão ser potencializadas também com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. Há ainda, destaque para as ações de execução de planos, programas e projetos (9/100%). Outras ações assistenciais também são citadas, ou seja, execução de políticas sociais e orientação para identificação e utilização de recursos (8/89%), bem como realização de estudo socioeconômico e prestação de benefícios sociais (7/78%).

Com relação às ações de investigação, planejamento e gestão (9/100%) dizem respeito à atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da sociedade brasileira (exemplo de classe trabalhadora), bem como estudos sobre o perfil e situação da saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações realizadas, devem, portanto, alimentar o processo de

formulação, implementação e monitoramento do Serviço Social, da política institucional, bem como das políticas sociais: local, regional, estadual e nacional.

Nesse grupo de ações há destaque para as ações de planejamento, organização e administração dos Serviços Sociais (9/100%), bem como a elaboração, coordenação e avaliação de planos, programas e projetos (9/100%), seguidas das ações de elaboração, implementação e avaliação de políticas sociais (8/89%), e o planejamento execução e avaliação de pesquisas (6/67%). Outras ações também são mencionadas, embora com menor frequência, ou seja: participação na gestão da instituição ou serviço como, por exemplo, a direção e/ou coordenação de serviços e/ou grupos de estudo e pesquisa (4/44%), realização de pesquisa para identificar o perfil dos usuários e estabelecer prioridades entre as demandas (3/33%) e participação em estudos relativos ao perfil epidemiológico e das condições de vida (2/22%).

A articulação das dimensões investigativas e interventivas tem-se feito presente.

Segundo Yamamoto (2005, p. 56)

o que se reivindica, hoje, é que a pesquisa se afirme como uma dimensão integrante do exercício profissional, visto ser uma condição para se formular respostas capazes de impulsionar a formulação de propostas profissionais que tenham efetividade e permitam atribuir materialidade aos princípios ético-políticos norteadores do projeto profissional. Ora, para isso é necessário um cuidadoso conhecimento das situações ou fenômenos sociais que são objeto de trabalho do assistente social.

Pensar sob este ponto de vista significa colocar o Serviço Social em um lugar de destaque, tanto no plano da produção de conhecimento científico como no âmbito das instituições públicas e privadas que, de algum modo, atuam sobre a questão social.

Entendemos que assim o assistente social ocupa um lugar privilegiado, pois na medida em que ele atua diretamente no cotidiano das classes e grupos sociais menos favorecidos, ele tem a real possibilidade de produzir um conhecimento sobre esta mesma realidade. E esse conhecimento, segundo Souza (2008 p. 122) é seu principal instrumento de trabalho, pois lhe permite ter a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional.

Assim, o processo de qualificação contínua é fundamental, pois se no cotidiano da prática profissional o assistente social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento e as mudanças da realidade social, não promove

mudanças significativas, seja no cotidiano da população usuária ou na própria inserção do Serviço Social no mercado de trabalho.

Com relação às ações em equipe (7/78%), é preciso avançar no sentido de desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes, que leva à diluição de suas particularidades profissionais, conforme alerta Iamamoto (2002) pois, ao contrário, “são as diferenças de especialização que permitem atribuir unidades à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças“. (IAMAMOTO, 2002, p.41).

Nesse sentido, ao participar de trabalho em equipe, o assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições sociais dos usuários e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia dos demais profissionais de uma equipe.

Outro aspecto a ser considerado é que o assistente social, além de orientar e esclarecer, reflete junto ao usuário e à equipe com relação às condições sociais, constituindo-se como um interlocutor entre os usuários e a equipe com relação às questões sociais e culturais.

Nesse contexto é fundamental ter clareza da concepção de humanização que envolve aspectos amplos, que vai desde a operacionalização de um processo político calcado em valores, como a garantia dos direitos sociais, numa perspectiva ampliada.

Dentre as ações em equipe, são citadas a participação em diferentes programas sociais e de saúde (7/78%). Somente um profissional (1/11%) cita o treinamento e a capacitação de pessoal junto à equipe.

As ações de assessoria, qualificação e formação profissional (6/67%) também são evidenciadas, no sentido participação na formação de estagiárias ou residentes/especializadas, de forma articulada com unidades de formação acadêmica (6/67%). Ressaltamos que todo o processo de formação profissional do Assistente Social, bem como o seu lugar na divisão social do trabalho, demanda que esse profissional se posicione diante das situações verificadas na realidade social em defesa dos direitos à cidadania. Outras atividades são mencionadas como: assessoria aos assistentes sociais na busca de qualificação de seu trabalho e/ou outras matérias relacionadas ao Serviço Social (4/44%); participação, organização, e/ou coordenação de seminários, encontros e congressos (3/33%), assessoria a entidades e/ou movimentos sociais (2/22%) e participação em programas de qualificação profissional (1/11%).

Quanto às ações de mobilização, participação e controle social (4/44%) é preciso ampliá-las. Entendemos que os espaços democráticos de controle social e de construção de estratégias para fomentar a participação e a defesa dos direitos pelos usuários e outros segmentos nos conselhos, conferências, fóruns e outros espaços precisam ser ampliados e

fortalecidos.

Nesse sentido, a participação dos usuários é fundamental, o que envolve ações de mobilização em defesa de seus direitos, preferencialmente de forma articulada com movimentos sociais, quer para discutir políticas, estabelecer relações extra- institucionais, bem como para traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais. As ações de estimulação e mobilização dos usuários e familiares para participação em diferentes espaços são citadas neste grupo de ações (4/44%), o que reforça a necessidade de sua ampliação.

É preciso também ampliar as ações sócio-educativas (4/44%), quer por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas aos usuários e famílias, e até mesmo à população de uma determinada área programática. O seu enfoque deverá abranger diversos conteúdos: informações e debates sobre rotinas e funcionamento das unidades, tendo como objetivo a democratização da mesma e as necessárias modificações, análise das determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários, democratização dos estudos realizados pela equipe, análise das políticas sociais e de saúde, e dos mecanismos de participação popular.

Neste grupo foram citadas as seguintes ações: realização de atividades de grupos com usuários e familiares, abordando temas ou atividades de interesse (4/44%) campanhas preventivas mediante atividades socioeducativas (3/33%), ações de mobilização na comunidade (2/22%) e desenvolvimento de atividades socioeducativas em sala de espera (1/11%).

Essas ações não devem se pautar pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos, que levem à simples adesão do usuário, numa perspectiva de subalternização e controle dos mesmos, mas sim na de libertação, na construção de uma nova cultura, enfatizando a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade, potencializando-os para a construção de estratégias coletivas.

As atribuições e competências das(os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

#### **4 CONCLUSÃO E SUGESTÕES**

Considerando os objetivos da pesquisa, os resultados obtidos e os eixos de análise no processo de investigação sobre a temática – O estudo socioeconômico: indicadores e metodologia utilizados na área da saúde e reabilitação em Bauru, concluímos que: **Com relação aos aspectos teórico-metodológicos:**

- A questão da intencionalidade do estudo socioeconômico é fundamental para analisarmos o compromisso do profissional com o projeto ético-político da profissão e com as políticas públicas, que, no caso, deu-se numa perspectiva de direitos de cidadania, portanto, compromissada com a universalidade de acesso e não com a seletividade.
- O objetivo do estudo socioeconômico dá-se no sentido de identificar e/ou conhecer demandas e necessidades dos usuários face à realidade social, de forma crítica, visando o conhecimento aproximativo de uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional.
- O estudo socioeconômico, quando utilizado para fins de benefícios e serviços sociais, dá-se na perspectiva da equidade e não seletividade.
- Os instrumentos e técnicas utilizadas, demandam procedimentos metodológicos que apresentam uma intencionalidade: trabalhar os determinantes sociais de forma a possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, destacando-se os procedimentos operativos que pressupõem interações comunicativas humanizadas durante o processo de investigação e intervenção, com observância do sigilo profissional e do clima de confiabilidade.
- No posicionamento frente ao projeto político da profissão, destaca-se o compromisso com a universalidade de acesso aos serviços, a defesa dos direitos e o compromisso com a qualidade e aprimoramento profissional, princípios fundamentais do Código de Ética.

#### **Com relação aos aspectos constitutivos do estudo socioeconômico:**

- Dentre os aspectos constitutivos, destacam-se os aspectos socioeconômicos (situação econômica, escolaridade, número de membros da família, habitação e ocupação adotando-se a metodologia proposta por Graciano, Lehfeld, Neves Filho, 1999); os aspectos demográficos (etnia, gênero, idade, estado civil, situação conjugal, procedência); os aspectos psicossociais e culturais (religião/crença, discriminações,

preconceito, arranjos/ansiedades, expectativas e preocupações, problemas de saúde na família); os serviços de saúde e sociais e a questão do acesso (inserção na instituição, experiências anteriores, serviços de apoio ao tratamento, convênios médicos, sistema público de saúde, previdência, meios de transporte e acesso a benefícios, como o Tratamento Fora de Domicílio, Benefício de Prestação Continuada, Programa Bolsa Família).

Esses aspectos são considerados suficientes para o conhecimento aproximativo da realidade social, a ser compartilhado com a equipe interdisciplinar, com observância dos princípios ético-políticos da profissão.

- A emissão do parecer social após o estudo socioeconômico é evidenciada pela totalidade, visando compreender a singularidade da situação estudada pelo assistente social à luz da universalidade dos fenômenos sociais.
- Nos elementos constitutivos da intervenção social, destacam-se as orientações sociais e encaminhamentos, bem como a interpretação de fatores socioeconômicos e culturais à equipe.

### **Processo de documentação e informatização**

- Há destaque para o compromisso de documentar o estudo e a intervenção mediante relatório, dando visibilidade à ação profissional.
- A importância do prontuário único foi reconhecida pela totalidade, possibilitando a comunicação entre membros da equipe e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, além de servir de base para o desenvolvimento de pesquisas.
- Embora muitos dados sejam informatizados, o prontuário eletrônico, ainda não é uma realidade nos serviços pesquisados, o que exigiria a eliminação do papel e a obediência aos requisitos de garantia de segurança (nível 2) estabelecidos por órgãos competentes.

### **Competências e atribuições do Serviço Social**

- Há destaque para as competências e atribuições nos grupos de ações assistenciais e de ações de investigação, planejamento e gestão, com necessidade de ampliação das ações em equipe, ações de assessoria, qualificação e formação profissional, ações de mobilização, participação e controle social, e as ações socioeducativas, evidenciando tanto a perspectiva interventiva e investigativa como a de gestão.

Finalizando, reafirmamos que a avaliação socioeconômica tem por objetivo possibilitar o conhecimento aproximativo da realidade social para a defesa e garantia dos direitos de cidadania, comprovando a hipótese sugerida.

De acordo com o estudo realizado, apresentamos como sugestões:

- Promover um Encontro com assistentes sociais de Bauru, da área da saúde reabilitação para avaliar a efetividade do estudo socioeconômico para o conhecimento da realidade social do usuário, com vistas ao aprimoramento da metodologia utilizada;
- Organizar um grupo de estudos em Bauru, para discutir assuntos de Serviço Social na área da Saúde.

## 7 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL – ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social.** Aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 08 de Novembro de 1996. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2009.

BAURU. **Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.** Disponível em: <<http://www.bauru.sp.gov.br/>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

BAURU. **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.** Disponível em: <[http://www.conasems.org.br/files/Carta\\_Bauru.pdf](http://www.conasems.org.br/files/Carta_Bauru.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2009.

BAPTISTA, M. V. A ação profissional no cotidiano. In: MARTINELLI, M.L.; RODRIGUES ON, M.L.; MUCHAIL, S.T. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.** São Paulo: Cortez. p. 110 – 121, 1995.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Projeto ético político do Serviço Social. In: **Política social: fundamentos e história.** 2. ed. São Paulo: Cortez. p.192-213, 2007.

BEIJING (1995) apud INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Mínimos.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b** dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2009.

BRASIL. **Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990a.** Estatuto da Criança e do Adolescente. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Legislação Brasileira para o Serviço Social, organizado pelo Conselho Regional de Serviço

Social do Estado de São Paulo SP, 9º região. Gestão 2002-2005. São Paulo: O Conselho. 104 – 162, 2004. p

BRASIL. **Lei Federal nº 8662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a Profissão de Assistente Social e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União. Brasília, Seção 1. n. 107, de 8 de jun, p. 7.613, 1993a.

BRASIL. **Código de ética do Assistente Social** aprovado em 15 de março de 1993b. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Legislação Brasileira para o Serviço Social, organizado pelo Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo SP, 9º região. Gestão 2002-2005. São Paulo: O Conselho. 38-49, 2004.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social. **Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993c.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.congemas.org.br/loas.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde de 24 de fevereiro de 1999.** Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>>. Acesso em 12 jul. 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 10406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o código civil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

BRASIL. Estatuto do Idoso. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Legislação Brasileira para o Serviço Social, organizado pelo Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo SP, 9º região. Gestão 2002-2005. São Paulo: O Conselho. p. 180-208, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Humaniza SUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos do SUS.** Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/SUS20Anos/mostra/index.html>> . Acesso em 20 jun. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é SUS.** [online]. Disponível em: <<http://189.28.128.100/portal/saude/cidadao/default.cfm>>. Acesso em 20 jun. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** [online]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28379](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28379)>. Acesso em: 10 jun. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o pacto pela saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

Disponível em: <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/pacto\\_portaria\\_399\\_06.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/pacto_portaria_399_06.pdf)> Acesso em: 10 maio 2009d.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em:

<[www.cnes.gov.br](http://www.cnes.gov.br)>. Acesso em: 20 maio 2009f.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Bases de um programa brasileiro para a sociedade da informação.** Disponível em:

<[www.mct.gov.br/temas/socinfo\\_ok.pdf](http://www.mct.gov.br/temas/socinfo_ok.pdf)> . Acesso em: 19 maio 2009e.

BRASIL. **O que é.** Brasília : O Ministério do desenvolvimento social e combate a fome Disponível em <[http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o\\_programa\\_bolsa\\_familia/o-que-e](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/o-que-e)>. Acesso em: 10 jun. 2009g.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996. 288p.

BRAVO M. I. S; MATOS M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária. In: MOTA, E. (orgs) **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez. p. 13 – 50, 2006.

CAIRO (1996) apud INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Mínimos.** Disponível em:

<[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default\\_minimos.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm)>. Acesso em: 13 mar. de 2008.

CAMPOS, G. W. de S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso SUS. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, Maio – Agosto 2006.

CARVALHO, M. do C. B. de; PEREIRA, R. F. de S. (coords). Serviços de Proteção Familiar. **Cadernos de Ação.** n. 5. São Paulo: Forja, 1994. 42p.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.** (versão preliminar). Brasília: Conselho Federal do Serviço Social. Disponível em:

<[http://www.cress.org.br/arquivos/Parametros para Atua%20de Assistentes Sociais na saude.pdf](http://www.cress.org.br/arquivos/Parametros_para_Atua%20de_Assistentes_Sociais_na_saude.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. 164 p.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). 1995.

In:

PEREIRA, P.A.P.; STEIN, R.H. **A assistência social no contexto das políticas: Focalização X Universalização na integração de programas e projetos sociais.** Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Política Social. Brasília, v. 9, Ano XVII, jul.-dez. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N° 1821, de 11 de julho de 2007.** Aprova as normas técnicas concernentes á digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Disponível

em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821\\_2007.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm)>. Acesso em: 13 ago. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N° 1.638, de 10 de julho de 2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)>. Acesso em: 13 ago. 2009.

COPENHAGEN (1995) apud INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Indicadores Sociais Mínimos** . Disponível em:

<[ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default\\_minimos.shtm](http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm)>. Acesso em: 13 mar. 2008.

CRITÉRIO de classificação econômica Brasil. CCEB. Disponível em:

<[http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\)CCEB\\_2003.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP)CCEB_2003.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2008.

FÁVERO, E. T. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos:** contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social. 7 ed. São Paulo: Cortez. p. 28, 2007.

\_\_\_\_\_. O Serviço Social no sistema sócio-jurídico: reflexões sobre fundamentos da ação profissional no espaço ocupacional sócio-jurídico, na direção da efetivação de direitos. Apresentação na Plenária do Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, CRESS – 6ª R. MG, Belo Horizonte. 18 maio 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI:** o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. p.1641-1664, 1999.

FREIRE, P. **Educação e Mudança.** Rio de janeiro: Editora Paz e Terra, 1994. 80p.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Arranjo familiar

inserção feminina no mercado de trabalho da RMSP na década de 90. **Boletim Mulher e Trabalho**. São Paulo, n. 10, Dez. 2002. Disponível em: <[www.seade.gov.br/produtos/mulher/boletins/boletim 10 Mutrab 10.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/boletins/boletim%20Mutrab%2010.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2008.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Disponível em <<http://www.seade.gov.br/master.php?opt=vmenu&tema=8>>. Acesso em: 25 jun. 2009.

GRACIANO, M. I. G.; LEHFELD, N. A. S.; NEVES FILHO, A. Critérios de avaliação para a classificação sócio-econômica: elementos para a atualização. In: **Serviço Social e Realidade**. Franca: v. 8, n. 1. p. 109-128, 1999.

GRACIANO, M. I. G. Estudo socioeconômico e políticas sociais. In: KOGA, D.; GANEV, E. FAVERO, E. (orgs). **Cidades e questões sociais**. São Paulo: Andross. p. 225-244, 2008.

GRACIANO, M. I. G.; TAVANO, L.D.; BACHEGA, M.I. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. da. (Orgs.). **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Ed. Santos. p. 311-333, 2007.

GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 21, n. 62. p. 5-34, 2000.

GUIMARÃES, N.V.R. et al. **A qualidade na construção do relatório social: conceitos, expressões e verbetes utilizados pelos assistentes sociais da unidade de internação – ICHC**. In: ENCONTRO DE PESQUISA NA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL, Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1999. 53p.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. In: Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão. Brasília, Distrito Federal: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, M. V. O trabalho profissional na contemporaneidade. In: IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 8 ed. São Paulo: Cortez. p.15-75, 2005.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, E. (orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez. p. 09 – 18, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE (1997) apud WIKIPÉDIA. **Prontuário eletrônico**. [online] Disponível em: <[pt.wikipedia.org/wiki/Prontu%C3%A1rio\\_Eletr%C3%B4nico](http://pt.wikipedia.org/wiki/Prontu%C3%A1rio_Eletr%C3%B4nico)>. Acesso em 13 mar. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Mínimos**. Disponível em:

<[ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default\\_minimos.shtm](http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm)>. Acesso em: 13 mar. 2008.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil**. Campinas: Alínia, 2003. 141 p.

JOSÉ FILHO, P. M. **A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania.** Campus Franca: UNESP – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2002. 158p. Série Dissertações e Teses 5.

CONSELHRO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Legislação Brasileira para o Serviço Social:** Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social. 2 ed. São Paulo: O Conselho, 2006. 478p.

LIMA V. L. A. F. M., APRIGLIANO, M. **Sistema Único de Saúde: SUS.** In: [Anais] V Semana do Serviço Social: Curso a prática do serviço social na área da saúde; [Bauru], Brasil. [Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais, Universidade de São Paulo. p.17-26, 1996.

MAGALHÃES, S. M. **Avaliação e Linguagem:** relatório, laudos e pareceres. São Paulo: Veras, 2003.

MARTINELLI, M. L.; KOUMROUYAN, E. Um novo olhar para a questão dos instrumentos técnicos operativos em serviço social. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, v. 15, n. 45, ago. p. 137-141, 1994.

MARTINELLI, M. L. **Concepção de profissão na perspectiva sócio-histórica: premissas analíticas.** São Paulo, 2005.

MARTINELLI, M. L. O exercício profissional do Assistente Social na área da saúde: algumas reflexões éticas. **Revista Serviço Social e Saúde,** Ano VI, n. 6. p.21-33, 2007.

MIOTO, R.C.T .Perícia Social: proposta de um percurso operativo.**Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, v. 67. p. 145-158, 2001.

MONTAÑO, C. E. O Serviço Social frente ao neoliberalismo. Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo:Cortez, n. 53. p. 117 – 119, 1997.

MOREIRA, M. C.; ALVARENGA, R. F. C; O parecer social: um instrumento de viabilização de direitos (relato de uma experiência). In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos:** contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social. 7 ed. São Paulo: Cortez. p. 53 - 67, 2007.

MOTA A.E. As dimensões da prática profissional. **Revista Anual Grupos Estudos Pesquisa sobre Ética.** São Paulo, v.3, abr, 2003. p.11-12.

PAULO NETTO, J. Transformações Societárias e Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 1996, 89p.

PAULO NETTO, J. **Ditadura e Serviço Social.** São Paulo:Cortez, 1999. 95 p.

PAULO NETTO, J. **A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social frente à**

**crise contemporânea.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: crise contemporânea, questão social e serviço social. Módulo I. Brasília: p. 32 – 42, 2006.

PAVÃO, A. P. A. R.; GRACIANO, M. I. G.; BLATTNER, S. H. B. Os indicadores do estudo sócio econômico na construção do relatório social no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. **Serviço Social & Saúde.** Campinas, v. 5, n. 5, maio. p.183-216, 2006

PEREIRA, A. R.; GRACIANO, M.I.G. Estudo sócio-econômico: um instrumento estratégico do serviço social na área da saúde e reabilitação. **Construindo o serviço social.** Bauru: EDITE, n. 4, maip.93-120, 1998.

RODRIGUES ON. M. L. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M.L; RODRIGUES ON, M.L; MUCHAIL, S.T. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.** São Paulo: Cortez. p. 152 – 158, 1995.

RODRIGUES, MCP. Terceiro setor: para que serve?. In: FEDERAÇÃO DE OBRAS SOCIAIS. **Terceiro setor:** coletânea de artigos de jornal. São Paulo: Federação de Obras Sociais, 1998. 18p.

RODRIGUES, M. L. Elucidação de alguns conceitos básicos: prática profissional e dinâmica da ação. In: RODRIGUES, M.L. **Ações e interlocuções:** estudos sobre a prática profissional do assistente social. São Paulo: Veras. p.15-19, 1999.

SANT'ANA R. S. O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade.**p. 20 – 21, 2000.

SANT'ANA A. M, BLATTNER S.H.B, GRACIANO M.I.G, **Os modelos e arranjos familiares no contexto atual: um estudo na área da fissura labiopalatina.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2009.

SÃO PAULO. **Secretaria Estadual de Saúde.** Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_sp.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_sp.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2009.

SARMENTO, H. B. M. **Instrumentos e técnicas em serviço social:** elementos para uma rediscussão. 1994. 315p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

SETUBAL A. A. Desafios à pesquisa no Serviço Social: a formação acadêmica à prática profissional. Ver. Katali. Florianópolis v. 10. p. 64-72, 2007,

SILVA, F. M. **Antigos e novos arranjos familiares:** um estudo das famílias atendidas pelo serviço social. Disponível em: <[www.franca.unesp.br/antigos%20e%20novos%20arranjos%20familiares.pdf](http://www.franca.unesp.br/antigos%20e%20novos%20arranjos%20familiares.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2008.

SILVA, M. O. S.; YAZBEK, M.C.; GIOVANNI, G. di. Os programas de transferência de renda: inserção no contexto do Sistema Brasileiro de Proteção Social. In:\_\_\_\_\_ . **A política**

SOUSA C.T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa: v. 8, n.1. p. 119-132, 2008.

SPOSATTI, A. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão de análise. São Paulo: Cortez. 112 p, 1985.

TORRES, M.M. Atribuições privativas presentes no exercício profissional do assistente social: uma contribuição para o debate. **Revista Libertas**. Juiz de Fora, v.1, n.2, jun /. p.42 – 69, 2007

TEXEIRA, J. **Prontuário de paciente**: aspectos jurídicos. Disponível em <<http://www.prontuariodopaciente.com.br>>. Acesso em: 26 jul. 2009.

VASCONCELOS, A. M. **O Serviço Social na Saúde**. Disponível em <<http://www.sasers.com.br/estatuto/oservicosocialnasaude.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2009.

WIKIPEDIA. **Prontuário eletrônico**. Disponível em: <[pt.wikipedia.org/wiki/Prontu%C3%A1rio\\_Eletr%C3%B4nico](http://pt.wikipedia.org/wiki/Prontu%C3%A1rio_Eletr%C3%B4nico)>. Acesso em: 13 mar. 2008.