

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MICHELLE FRANZONI INACIO

O ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL:  
UMA ANÁLISE DO FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA  
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO  
THIAGO.

FLORIANÓPOLIS – SC  
2011/1

MICHELLE FRANZONI INACIO

O ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL:  
UMA ANÁLISE DO FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA  
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO  
THIAGO.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Cristiane Selma Claudino.


FLORIANÓPOLIS-SC  
2011/1

MICHELLE FRANZONI INACIO

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

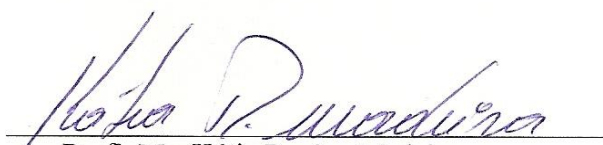
Florianópolis, 05 de julho de 2011.

**BANCA EXAMINADORA:**



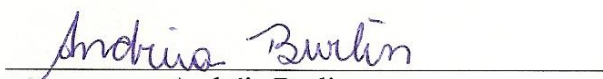
---

Prof. Ms. Cristiane Selma Claudino  
Orientadora e Presidente da Banca



---

Prof. Ms. Kátia Regina Madeira  
1ª Examinadora



---

Andréia Burlin  
Assistente Social – HU  
2ª Examinadora

## AGRADECIMENTOS

Obrigado Deus, Jesus Cristo e meu anjo da guarda, por toda a força e proteção, a minha e a de todas essas pessoas que tanto amo, enquanto eu me dedicava aos estudos. Agradeço pela luz que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Quero agradecer aos meus pais, Cleuza e Valter, por toda a parceria com que me acompanhou em toda essa longa jornada. Obrigado pelo incentivo e pela admiração desse curso que agora tenho o orgulho de concluir. Obrigado pelas inúmeras noites que me esperaram acordados, pelas horas que pararam para ouvir, atenta, as novidades que a faculdade proporcionava, os assuntos que eu tentava explicar, a cada livro novo que eu lia e a cada trabalho entregue. Obrigado por tudo. Amo muito vocês.

Agradeço aos meus pais e ao meu irmão, Leonardo, pela paciência com que aturou a mim, a minha papelada, a bagunça de livros e todos os outros materiais que foram se acumulando durante o curso. Mano, obrigado por toda a tua cooperação.

Ao Bamby, meu cachorro, que muitas vezes teve que me ouvir, assustado, enquanto eu confabulava sobre a Teoria Crítico Dialética.

Ao meu namorado e futuro esposo, Jefferson, que com sua presença amorosa, tem compartilhado bons e maus momentos ao meu lado, fazendo meu dia a dia ser diferente e melhor. Obrigado meu amor por tudo o que você transformou na minha vida. Obrigado por todos os conselhos, todo carinho, cumplicidade e compreensão, especialmente nos momentos em que estive ausente. Obrigado por me ajudar a acreditar que eu era capaz e acima de tudo, me ensinou a amar e ser amada. Obrigado por tua alegria, tua atenção, tua vibração com as minhas conquistas e teu ombro em cada momento difícil que você ajudou a atravessar. Sem você, essa conquista não teria o mesmo gosto. Obrigado meu amor. AMO MUITO VOCÊ.

Agradeço também minha a família, especialmente meus avós, Estefânina, Almerinda e Joca, a minha sogra, Corina, aos meus cunhados, João Pedro e Débora, além de tios e primos que acompanharam essa fase da minha vida. A vocês, obrigado por tudo.

Obrigado também aos amigos que tenho hoje o prazer de compartilhar esse momento. Beijos e abraços especiais para a minha amigona Michella, que foi tentar a sorte, junto com sua família, em terras desconhecidas. O meu muito obrigado por nossas conversas nos finais de aula no Bar “Assim Assado”, por ouvir minhas confidências, por seus conselhos e pelos puxões de orelha. Saiba que você é minha irmã de coração e que nem a distância irá apagar nossa amizade. A amiga Andresa, obrigada pela sua amizade, por ter sido minha dupla em diversos trabalhos, pelas nossas conversas (e das fofocas), saiba que levarei nossa

amizade para sempre. A amiga Greyce, obrigada pela amizade, pelas conversas a fio nos corredores do CSE e por me incentivar em ir à seleção de estágio na maternidade do HU, se não fosse sua força estaria em algum campo de estágio sem poder compreender a relação teoria e prática do Serviço Social, e a Aline, obrigada pela amizade e companheirismo, vou sentir falta do seu jeito meigo e descontraído. Vou sentir muita falta do inseparável Quarteto Fantástico da 1ª geração (Andresa, Aline, Michella e eu) e da 2ª geração (Aline, Andresa, Greyce e eu)!!!!!!!

Aos meus queridos novos amigos, Mariana Picanço, Schaianny, Claudemir e Lidiane, obrigado pela amizade, e pelos papos cabeças que tivemos ao longo desses quatro anos espero levar nossa amizade além dos “muros” da universidade. Obrigada a minha amiga, Vanessa, por sua amizade e companheirismo. Agradeço sua influência e insistência para que eu cursasse o Serviço Social.

Agradeço a minha SUPERvisora de Campo Mariana S. Barcelos, pelos ensinamentos e pelo exemplo, por toda dedicação, carinho e confiança. Você é um exemplo de assistente social ética e comprometida com o fazer profissional, obrigada por participar do meu processo de formação. As minhas supervisoras acadêmicas, Keli Regina Dal Prá e Cris Claudino, pelas aulas que tanto me fizeram refletir e amadurecer intelectualmente. Meu muito obrigado.

A minha orientadora, Cristiane Claudino, obrigada por ajudar na elaboração deste trabalho, por mostrar os caminhos quando eu me perdia e pelas horas dedicadas, nos finais de semana, principalmente nos domingo, para a realização deste trabalho. Obrigado por ter contribuído com essa minha conquista.

A todos os professores do curso de Serviço Social que tive o prazer que conhecer de aprender ao longo desses quatro anos e que contribuíram de alguma forma na minha graduação. Agradeço também a Profª Kátia Madeira e a Assistente Social Andréia Burlin por aceitarem meu pedido de as examinadoras deste trabalho.

Dedico esse trabalho a todos os que tiveram o privilégio de estudar, com quem pude aprender, com aqueles que tiveram paciência com os meus erros. Sou muito grata por toda a experiência que adquiri com cada um de vocês. Um MUITO OBRIGADO a todos vocês!

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenho para não apenas falar de minha utopia, mas para participar de práticas com ela coerentes. (FREIRE, 2000, p.33)

## RESUMO

Inacio, Michelle Franzoni. **O atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social: uma análise do fazer profissional do Serviço Social na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**. 2011. 102 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Este trabalho resulta da prática de estágio na Unidade Neonatal da maternidade do Hospital Universitário e tem por finalidade compreender o fazer profissional do Serviço Social nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social. Delineou-se como objeto de estudo deste trabalho, a ação profissional do Serviço Social na Maternidade do Hospital Universitário, nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social. A base filosófica e teórico-metodológica deste trabalho fundamenta-se no método crítico dialético. A metodologia utilizada para construção desta pesquisa foi a pesquisa qualitativa e a revisão bibliográfica para problematizar o tema ação profissional do Serviço Social, contextualizando a trajetória histórica do fazer profissional no Brasil, sua inserção na área da saúde e a aproximação de conceitos como família e vulnerabilidade social na contemporaneidade. Nesta pesquisa foi utilizada para a coleta de dados, análise documental com base nos relatórios do Serviço Social no processo de atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social da Unidade Neonatal, arquivados no Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010. Destaca-se como importância deste estudo, o intuito de contribuir com o aporte teórico da profissão no que se refere à revisão teórica acerca do tema, oferecendo subsídios para a qualificação do fazer profissional dos Assistentes Sociais, sempre baseados no conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, importantes no processo interventivo da ação profissional. E para os usuários, a discussão contribuirá nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social, pois é um trabalho que provoca os Assistentes Sociais a um processo reflexivo acerca da intervenção profissional. Os resultados da pesquisa comprovam que a vulnerabilidade social está expressa pela falta ou baixa escolaridade dos membros familiares, a inserção precária no mercado de trabalho contribui para uma má qualidade de vida onde a família sozinha não consegue dar conta das demandas e da função socialmente imposta de cuidado e proteção dos seus membros. Com este debate tecemos algumas reflexões sobre o fazer profissional do Serviço Social na busca (re) pensar a prática profissional no processo de atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social, na perspectiva dos direitos e da cidadania.

**Palavras-chave:** Serviço Social, Ação Profissional, Saúde, Família, Vulnerabilidade Social.

## LISTA DE SIGLAS

AC – Alojamento Conjunto

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS AD – Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas

CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais

CEAS – Centro de Estudos e de Ação Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CI – Cuidados Intermediários

CIAM – Comissão Interna de Aleitamento Materno

CO – Centro Obstétrico

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

DST – Doença Sexualmente Transmissível

GIAM – Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade

GINEO - Grupo Interdisciplinar da Neonatologia

HPV – Human Papiloma Vírus

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PES – Plano Estadual de Saúde

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PSF – Programa Saúde da Família

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESC – Serviço Social do Comércio

SESI – Serviço Social da Indústria

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Triagem Obstétrica



UBS – Unidade Básica de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Números de partos .....	<b>56</b>
Tabela 2 – Caracterização do perfil das famílias.....	<b>99</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Número de filhos por família .....	58
Gráfico 02: Pré-natal .....	60
Gráfico 03: Escolaridade – Mãe .....	61
Gráfico 04: Escolaridade – Pai .....	61
Gráfico 05: Faixa etária – Mãe .....	62
Gráfico 06: Faixa etária – Pai .....	62
Gráfico 07: Profissão – Pai .....	64
Gráfico 08: Profissão – Mãe .....	64
Gráfico 09: Situação de trabalho – Mãe .....	65
Gráfico 10: Situação de trabalho – Pai .....	65
Gráfico 11: Cidade onde reside .....	67
Gráfico 12: Cidade de origem .....	68
Gráfico 13: Situação habitacional.....	69
Gráfico 14: Encaminhamentos feitos pelo Serviço Social .....	73
Gráfico 15: Motivos dos encaminhamentos .....	74

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 RESGATE HISTÓRICO DO FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL, SUA INSERÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NO PROCESSO DE ATENÇÃO A FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL .....</b>	<b>16</b>
2.1 SERVIÇO SOCIAL – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO FAZER PROFISSIONAL .....	16
2.2 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE .....	28
2.3 DEFININDO CONCEITOS: FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E O FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....	33
2.3.1 Aspectos conceituais sobre a família na contemporaneidade.....	33
2.3.2 Aspectos conceituais sobre a vulnerabilidade social .....	35
2.3.3 O fazer profissional na saúde no processo de atenção à família em situação de vulnerabilidade social.....	40
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HU – ANÁLISE DO FAZER PROFISSIONAL NO PROCESSO DE ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL.....</b>	<b>46</b>
3.1 A CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL E DAS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL .....	46
3.1.1 O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) .....	46
3.1.2 A maternidade do HU .....	48
3.1.3 O Serviço Social na maternidade do HU .....	51
3.2 O PERFIL DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HU .....	54
3.2.1 Caracterização do perfil familiar .....	58

<b>3.2.2 Fazer profissional do Serviço Social .....</b>	<b>71</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em realizar um estudo sobre a temática, Ação Profissional do Serviço Social, foi despertado durante o período correspondente ao estágio obrigatório, realizado na Unidade Neonatal da Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU).

Desde o início da experiência de estágio, constatou-se o elevado número de problemas sociais durante os atendimentos às mães de recém-nascidos e suas famílias, demandando ao Serviço Social um acompanhamento sistemático, especializado, bem como o encaminhamento e a articulação da rede sócio-assistencial<sup>1</sup>.

Foram por meio dos atendimentos, entrevistas e acolhimentos<sup>2</sup> realizados, que se percebeu um número significativo de famílias em situação de vulnerabilidade social e a necessidade de compreender, dentro do processo de trabalho (teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativos) do Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário da UFSC, como se efetiva a ação profissional nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social?

Assim, delineou-se como objeto de estudo deste trabalho, **a ação profissional do Serviço Social na Maternidade do Hospital Universitário, nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social.**

Este trabalho tem a relevância de compreender como as necessidades sociais das famílias atendidas na Maternidade do Hospital Universitário vêm se transformando em demandas para o Serviço Social, analisar o cenário social que estas famílias estão inseridas, para articular mecanismos de intervenção e enfrentamento da realidade social das famílias em situação de vulnerabilidade social com base nas Políticas Sociais, bem como problematizar o tema no âmbito do Serviço Social.

---

1 Refere-se aqui a rede socioassistencial, aos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, Conselhos Tutelares, Unidade Básica de Saúde – UBS, Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS AD, entre outros.

2 Acolhimento é um elemento essencial para a reorganização dos serviços de saúde, ou seja, da forma como estes serviços são oferecidos. Esta reorganização seria oriunda, primeiro, da modificação do foco de atendimento, que passa a ser o usuário e suas necessidades; segundo, porque, quando o usuário se torna o centro da intervenção, é possível que o princípio da integralidade seja cumprido, uma vez que é neste contexto que podem ser utilizadas práticas que contemplem este princípio, dentre elas o trabalho multiprofissional, a garantia do acesso, a resolutividade e a humanização. É assim que é criado um novo fluxo e uma nova dinâmica de atendimento. (CHUPEL, 2008)

Destaca-se também como importância deste estudo, o intuito de contribuir com o aporte teórico da profissão no que se refere à revisão teórica acerca do tema, oferecendo subsídios para a qualificação do fazer profissional dos Assistentes Sociais, sempre baseados no conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, importantes no processo interventivo da ação profissional. E para os usuários, a discussão contribuirá nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social, pois é um trabalho que provoca os Assistentes Sociais a um processo reflexivo acerca da intervenção profissional, sempre pautada na defesa dos direitos dos usuários, na perspectiva de autonomia e na consolidação da cidadania dos membros familiares a partir do seu contexto histórico.

Desta forma, com base no objeto definido para estudo, traçaram-se como objetivos deste trabalho:

**Objetivo geral:**

Compreender o fazer profissional do Serviço Social no processo de atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social na Maternidade do Hospital Universitário.

**Objetivos Específicos:**

- a) Conhecer o processo de intervenção realizado pelos assistentes sociais na Maternidade do Hospital frente às dificuldades enfrentadas pelas famílias;
- b) Identificar as demandas trazidas pelas famílias atendidas na Maternidade do Hospital Universitário;
- c) Analisar a intervenção do Serviço Social no atendimento as famílias, na perspectiva das Políticas Públicas;
- d) Contribuir para uma ação reflexiva do fazer profissional do Serviço Social na Maternidade do Hospital Universitário.

A base filosófica e teórico-metodológica deste trabalho fundamenta-se no método crítico dialético. A metodologia utilizada para construção desta pesquisa foi a pesquisa qualitativa, e a revisão bibliográfica para problematizar o tema ação profissional do Serviço Social, contextualizando a trajetória histórica do fazer profissional no Brasil, sua inserção na área da saúde e a aproximação de conceitos como família e vulnerabilidade social na contemporaneidade.

Nesta pesquisa foi utilizada para a coleta de dados, análise documental com base nos relatórios do Serviço Social no processo de atendimento às famílias em situação de

vulnerabilidade social da Unidade Neonatal, arquivados no Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.

E com base nos dados registrados pelo Serviço Social no processo de atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade, foram categorizados itens de análise para estudar e analisar: 1) O perfil familiar: Número de filhos; Pré-natal; Escolaridade dos pais; Faixa etária dos pais; Situação habitacional; Situação de trabalho dos pais; Cidade onde reside; Cidade de origem; Profissão dos pais; 2) Fazer profissional do Serviço Social: Encaminhamentos feitos pelo Serviço Social; Motivos dos encaminhamentos; Instrumentais técnico-operativos do Serviço Social.

Este trabalho está estruturado em duas seções: a primeira seção, com a trajetória histórica do fazer profissional do Serviço Social no Brasil, desde o seu surgimento em 1930 até os dias atuais, a sua inserção na área da saúde e a definição de conceitos como família e vulnerabilidade social na contemporaneidade.

Na segunda seção abordaremos o espaço sócio ocupacional do Serviço Social na saúde, especificamente, na Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU). Será exposta a caracterização do perfil das famílias em situação de vulnerabilidade social atendidas na Unidade Neonatal e análise do fazer profissional do Serviço Social neste espaço.

Para finalizar, tecemos algumas reflexões sobre o fazer profissional do Serviço Social na busca (re) pensar a prática profissional no processo de atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social, na perspectiva dos direitos e da cidadania.



## **2 RESGATE HISTÓRICO DO FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL, SUA INSERÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NO PROCESSO DE ATENÇÃO A FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

Esta seção apresentará uma revisão bibliográfica acerca do fazer profissional do Serviço Social ao longo das transformações sociais no Brasil, seguido de um resgate histórico do exercício da profissão na área da saúde e suas implicações no processo de atenção à família em situação de vulnerabilidade social, atendidos por esta política. Temários estes que precisam ser problematizados, pois, dentre outros, serão aportes teóricos para edificação deste trabalho.

### **2.1 SERVIÇO SOCIAL – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO FAZER PROFISSIONAL**

O cenário vivido na década 1930, onde a crescente onda de industrialização que atravessava o país, fez surgir uma nova classe social, o operariado. A inserção desta classe na sociedade modificou o cenário político da época e com o passar dos tempos, culminou em mobilizações por melhores condições de trabalho da classe operária levantando o debate sobre a questão social<sup>3</sup>. Os problemas que emergiram com a exploração da força de trabalho destes trabalhadores eram vistos como “problemas sociais” e não como as manifestações da contradição entre capital e trabalho (IAMAMOTO, 1997, p. 29).

Nesse contexto, o Serviço Social foi chamado para trabalhar junto às famílias operárias, intervindo através de práticas assistenciais. O Serviço Social condicionou sua ação profissional a uma intervenção alienadora do trabalho, onde afirmou a sua centralidade, reforçando a subalternidade e a condição de trabalhador assalariado. A ação profissional ficava apenas na questão sócio-emergencial e em práticas conservadoras sem uma análise mais crítica da realidade (IAMAMOTO, 1997).

---

3 Concepção de questão social para IAMAMOTO e CARVALHO: “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” (2001, p.77).

Na análise de Silva (1984, p. 36) o Serviço Social

surge para operar a beneficência, aliviando os males sociais, decorrentes do processo de industrialização, atuando nas sequelas negativas do novo processo econômico, estendendo sua ação nas favelas e junto aos desempregados e marginalizados em geral, sendo portanto, sua proposta básica de restauração e funcionamento social.

A formação profissional do Serviço Social nos anos 1930 era influenciada pelo Modelo Franco-Belga. Esse modelo possuía características do Pensamento Tomista e Neotomista<sup>4</sup> e da Doutrina Social da Igreja Católica. A ação profissional dos assistentes sociais da época era caracterizada pela adequação e conformação social dos indivíduos através de trabalhos educativos<sup>5</sup> (IAMAMOTO, 1997, SILVA, 1984, YAZBEK, 2009).

Sob influência européia originou-se em 1932 o Centro de Estudos e de Ação Social – CEAS, com o objetivo de “promover a formação de seus membros pelo estudo da Doutrina Social da Igreja e fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais” (Iamamoto; Carvalho, 2001, p. 169). E em 1936, o CEAS fundou a primeira Escola de Serviço Social em São Paulo e em 1937 no Rio de Janeiro. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2001; SILVA, 1984).

Na visão de Silva (1984, p. 38), o Serviço Social tinha “uma perspectiva doutrinária de corte humanitário, a serviço de um homem abstrato, desvinculado da história, negando o antagonismo e compreendendo a sociedade como uma organização harmônica”.

Yazbek (2009, p. 06) coloca que “a perspectiva positivista restringe a visão de teoria ao âmbito do verificável, da experimentação e da fragmentação. Não aponta para mudanças, senão dentro da ordem estabelecida, voltando-se antes para ajustes e conservação.

A intervenção dos profissionais de Serviço Social enfatizava o ajustamento dos indivíduos a sociedade de forma “disciplinadora, pedagógica e higienista evidenciadas nos programas, serviços e no trabalho executado pelos profissionais” (GERBER, 2009, p. 43).

Para Iamamoto e Carvalho (2001, p. 206) o assistente social deveria intervir na “formação moral, intelectual e social da família”, pois “é necessário reajustá-la através de

---

4 Tomismo: referência ao pensamento filosófico de São Tomás de Aquino (1225), um teólogo dominicano que escreveu uma obra filosófica caracterizada por uma perspectiva humanista e metafísica do ser que vai marcar o pensamento da Igreja Católica a partir do século XIII. Neotomismo: retomada do pensamento de São Tomás de Aquino a partir do papa Leão XII em 1890, na Doutrina Social da Igreja e de pensadores franco-belgas como Jacques Maritain na França e do Cardeal Mercier na Bélgica. Buscavam nesta filosofia, diretrizes para a abordagem da Questão Social.

5 Segundo Iamamoto o Serviço Social propõe uma ação educativa entre a família trabalhadora, numa linha não apenas curativa, mas preventiva dos problemas sociais. (1997, p. 20).

uma ação educativa de longo alcance, para que obtenha um padrão de vida que lhe possibilite um mínimo de bem estar material, a partir do qual se poderá começar sua reeducação moral.”

Para Silva (1984, p. 10) o objeto do Serviço Social nos anos de 1930 era

o homem carente, seus objetivos se direcionavam para o atendimento da pobreza, através da assistência, prestação de serviços e orientação individual; seus conhecimentos são de base neotomista, expressa pelo ensino das encíclicas e pela moral, pela filosofia e pela religião. Não dispondo ainda de um método formulado, sua prática é operada basicamente pelas técnicas da entrevista e da visita domiciliar.

Na década de 1940, o Estado viu a necessidade de ampliar seus conceitos sobre “a base de reconhecimento legal da cidadania, do proletariado e dos direitos sociais” (IAMAMOTO, 1997, p. 31), pois a industrialização no Brasil estava em expansão, aumentando o número de trabalhadores no mercado de trabalho. Para isso, em meados da década de 1940, o Estado teve que aderir às exigências trabalhistas do operariado criando, assim, instituições sócio-assistenciais. Tais instituições significaram para o Serviço Social uma ampliação no espaço de atuação da profissão, legitimando a ocupação na divisão social e técnica do trabalho como uma profissão especializada. (YAZBEK, 2009; IAMAMOTO, 1997).

Segundo Guerra (2002, p. 155), a inserção do Serviço Social “no mercado de trabalho aparece intermediada por um contrato de compra e venda da sua força de trabalho, o qual vincula os profissionais às instituições sociais públicas ou privadas”.

Guerra coloca ainda que

[...] o vínculo entre a força de trabalho do assistente social e o capital não se realiza de maneira direta, pois na maioria dos casos essa relação é mediatizada pelo Estado: a interpolação do Estado engendra uma representação fetichizada da posição que o assistente social ocupa no mercado de trabalho, já que a requisição pelo trabalho do profissional aparece como uma demanda do Estado e não do capital (2002, p. 155).

De acordo com Gerber (2005, p.51) podemos dizer que “o trabalho profissional do assistente social era absorvido pelas instituições católicas, mas em pouco tempo, passou a ser requisitado pelo Estado, que se organizava para administrar serviços que visavam o enfrentamento da questão social”.

No processo de desenvolvimento do sistema capitalista, o Serviço Social a partir dos anos 1950 viu a necessidade de atualizar sua ação profissional, começando a ter contato com o Serviço Social Norte Americano e com suas considerações acerca da qualificação técnica. E

com base de sustentação teórico-metodológica, o Serviço Social se aproxima da Perspectiva Funcionalista, se distanciando, aos poucos, da influência das Organizações Católicas. (IAMAMOTO, 1997; YAZBEK, 2009;).

Com a evolução da profissão, os profissionais de Serviço Social viram a necessidade de propor um estatuto legal que normatizasse o comportamento e as intervenções para com os usuários. Criou-se em 1947 o primeiro Código de Ética da profissão, que normatizou os direitos e os deveres dos profissionais. E na década de 1950 o Serviço Social regulamentou a profissão com a Lei Nº. 3252/57.

Nesse período, vários profissionais foram estudar nos Estados Unidos através de intercâmbios, visando o ensino especializado profissional. Rapidamente suas teorias e técnicas novas foram absorvidas pelo currículo do Curso de Serviço Social. A influência das fontes norte-americanas no Serviço Social brasileiro resultou na tecnificação da prática profissional através dos métodos tradicionais como o Serviço Social de Caso, Grupo e Organização e Desenvolvimento da Comunidade (SILVA, 1984).

Na análise de Brandão (2006, p.46). “a tríade metodológica orientou o Serviço Social na busca da integração do homem ao meio social em que vivia”. A formação profissional era baseada “na visão terapêutica e na concepção de que a questão social era um desajustamento social”.

No que se refere aos métodos tradicionais, Silva (1984, p. 13) coloca que “a prática profissional começa a deslocar seu eixo de preocupação do indivíduo para a comunidade, dando margem para a adoção de novas técnicas, como a reunião”.

Silva (1984, p.40) coloca ainda que a prática profissional era vista como uma “ação racionalizadora no enfrentamento dos problemas sociais”, iniciando uma “sistematização das atividades básicas: plantão, triagem, prática burocrática, acompanhamento, aconselhamento, distribuição de auxílios, socialização através dos grupos e engajamento em equipes multiprofissionais”.

Analisando o 1º Seminário de Teorização do Serviço Social promovido pelo CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais – no Documento de Araxá em 1967, iremos salientar alguns elementos que caracteriza o Serviço Social de Caso, Grupo e Desenvolvimento da comunidade.

O Serviço Social de Caso tem como implicações:

a) [...] A aplicação de forma a capacitar o cliente a integrar-se na sua comunidade e no processo de desenvolvimento; b) o Serviço Social de Caso deve ser utilizado naqueles setores e com aqueles indivíduos que, de fato, requeiram seja efetuado o tratamento social à base do relacionamento assistente social/cliente; c) a aplicação do Serviço Social de Caso deve ser aliada à de Grupo para a abordagem ou o tratamento dos aspectos comuns dos problemas identificados nos casos; d) deve, também, ser vinculada ao desenvolvimento de projetos de comunidade objetivando o melhor aparelhamento social e a mobilização dos indivíduos para a conjugação de esforços que visem a remover, eliminar ou prevenir as causas sociais dos problemas identificados no tratamento dos casos (CBCISS, 1984, p. 33).

Segundo Brandão (2006, p. 86) “a intervenção do Serviço Social de Caso é o ser homem, inserido em sua realidade, isto é, em sua situação total e não só o indivíduo e suas relações sociais, como também, a conexão com todos os fatores de seu ambiente”. E como principal instrumento para a intervenção era é a “inter-relação entre ele e seu sujeito”, onde pregava a responsabilização do indivíduo.

No que se refere ao Serviço Social de Grupo:

[...] Busca-se um engajamento efetivo da clientela no processo social mais amplo. A natureza do processo é, agora, entendida como sócio-educativa, podendo ter caráter terapêutico e/ou preventivo. Os objetivos do Serviço Social de Grupo é em última análise, capacitar os membros do grupo para uma efetiva participação no processo social. [...] Considera-se que o contexto do grupo representa uma resposta as necessidades psicossociais da pessoa humana, que é a vivência em grupo responde a estas necessidades e que o próprio grupo é um instrumento de atuação na comunidade na qual se acha inserido. O Serviço Social de Grupo contribui de modo efetivo para o processo de mudança social, quando busca a adequação da ambivalência humana. (CBCISS, 1984, p. 34-35.)

No trabalho de Serviço Social de Grupos, Brandão (2006, p. 86) explicita que se devem

levar em conta os aspectos metodológicos do trabalho com grupos, os princípios de ação, as técnicas ou tipos de instrumentalização possíveis, não deixando de lado as atitudes e habilidades inerentes ao desempenho profissional e às características de um trabalho com grupos que estão intimamente envolvidos no processamento desta intervenção.

E em relação ao Desenvolvimento de Comunidade, sua evolução no território brasileiro ocorreu devido a quatro etapas:

A primeira está ligada às experiências de organização de comunidades, inspiradas em moldes norte-americanos, através de tentativas de coordenação de serviços e obras sociais em áreas funcionais. A segunda caracteriza-se por experiências isoladas, atingindo pequenas áreas e com finalidades específicas de melhorias imediatas de condições de vida, sem

recursos político-administrativos e técnicos e nem tampouco a preocupação com perspectivas voltadas para o setor econômico. A terceira é definida por uma transição caracterizada pelo reconhecimento da necessidade de atender-se a problemáticas estruturais, motivando a necessidade de estabelecimento de metas para o desenvolvimento. E a quarta, que se esboça atualmente com esforço definido de elaboração técnica, procura enfatizar a criação de mecanismos de participação popular no processo do desenvolvimento, baseando-se num melhor conhecimento da realidade nacional e regional quanto, principalmente, ao instrumental disponível e à dinâmica de comportamentos das populações. (CBCISS, 1984, p. 36.)

Brandão (2006, p. 93) aponta algumas reflexões sobre a questão de desenvolvimento de comunidade como:

A pobreza deve ser entendida como um problema estrutural. Nesse contexto sugere-se que o Serviço Social e o desenvolvimento de comunidade devem ter compromisso de conhecer essa realidade e inserir-se nas lutas sociais para ter um bom resultado no combate à pobreza; [...] a prática profissional deve estar atenta a demanda diversificada, procurando ocupar espaços e ser condizente com as diferenças existentes; Os modos de pensar e de agir do Serviço Social acompanham as mudanças sociais da consciência e das práticas. [...] é preciso ter um conhecimento dessa nova realidade e uma renovação na maneira de intervir nas comunidades.

A influência norte-americana vinculada ao capitalismo tentou subjugar os trabalhos doutrinários realizados pelo assistente social, aperfeiçoando o instrumental técnico do Serviço Social. A profissão se expande e ocupa espaços nos programas sociais do Estado, proporcionando a efetivação do modelo desenvolvimentista<sup>6</sup> assumido no Brasil. (AGUIAR, 1890; SILVA, 1984).

Os aportes teóricos que fundamentavam a prática profissional do Serviço Social começaram ser questionados nos anos 1960 quando houve mudanças significativas na sociedade brasileira em relação aos aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais e com a aproximação do Serviço Social Latino-Americano. Percebeu-se que o Serviço Social tradicional não dava mais conta de analisar e dar respostas as demandas sociais e um amplo debate teórico sobre a questão ocorreu na profissão.

Na América Latina, estava sendo articulado e planejado o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, onde se permitia “canalizar as insatisfações acumuladas pelos profissionais que se conscientizaram, progressivamente, de suas limitações, tanto teórico-instrumentais como político-ideológicas”. No entanto, no Brasil, este movimento foi asfixiado pelo Golpe Militar de 1964, onde o que restou como campo de atuação para o

---

<sup>6</sup> Ver, IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 14 ed. São Paulo, Cortez, [Lima, Peru] 2001. Cap.IV.

Serviço Social foi “a execução de políticas sociais em expansão e dos programas de Desenvolvimento de Comunidade” (SILVA, 2002, p. 30).

Na compreensão de Netto (2009), no Processo de Renovação do Serviço Social emergiram três vertentes de análise. A primeira, é a Perspectiva Modernizadora ou Modernização Conservadora onde seus fundamentos teóricos derivam do Positivismo, mas, aprofundou-se em elementos do funcionalismo e estrutural funcionalismo<sup>7</sup>, houve um aprimoramento técnico enfatizando o diagnóstico das demandas e o planejamento das ações profissionais e não há uma análise mais crítica da ditadura militar, e suas principais produções foram Documento de Araxá - 1967; Documento de Teresópolis – 1970. A segunda é a Reatualização do Conservadorismo que é caracterizado pela imediatividade nas demandas do cotidiano, pelo enfoque da prática profissional na ajuda psicossocial e nos atendimentos individuais, também não questiona a estrutura política e sua produção teórica foi o Documento de Sumaré – 1978 e o Alto da Boa Vista – 1984. No final da década de 70, os pensadores latino-americanos juntamente com a produção brasileira norteavam a formação e o exercício profissional e gradativamente um amplo debate teórico acadêmico e científico, proporcionou amadurecimento intelectual, avanços interventivos e investigativos na ação profissional. E a terceira é a intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional que se caracteriza pela crítica de seus aportes teóricos, metodológicos e ideológicos, alega rupturas político-sociais no sentido que dar respostas profissionais às demandas da conjuntura do país. Esta vertente inicia uma discussão com a matriz marxista através das fontes indiretas do marxismo, que tem como nova concepção o trabalho com demandas advindas dos usuários, o reconhecimento das contradições e das lutas de classe como inerentes à ordem capitalista, e as práticas profissionais são permeadas por novos elementos científicos, com análises conjunturais do papel do Estado, da sociedade civil, dos movimentos das classes, entre outras. E sua principal produção foi o Método de Belo Horizonte em 1975.

Sobre a questão, Netto (2005, p. 10) coloca que:

Em meados dos anos 1970, a renovação profissional materializada na Reconceituação viu-se congelada: seu processo não decorreu por mais de uma década. E seu ocaso não se deveu a qualquer esgotamento ou

---

7 A vertente modernizadora caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e mais tarde sistêmicas (matriz positivista), voltadas a uma modernização conservadora e melhoria do sistema pela mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza na perspectiva de integração da sociedade. (...) Configuram um projeto renovador tecnocrático fundado na busca da eficácia e eficiência para nortear a produção do conhecimento e a intervenção profissional.

exaurimento imanente; antes, foi produto da brutal repressão que então se abateu sobre o pensamento crítico latino-americano.

É a partir dos anos de 1970 com a influência do Movimento de Reconceituação Latino Americano, que o Serviço Social brasileiro começa atuar na perspectiva dialético-marxista nas práticas profissionais. O Movimento tinha como proposta “a adoção de um referencial marxista de análise dos fenômenos sociais e a adoção de novas metodologias de ação, que levassem em conta a totalidade do social” (BULLA, 2003, p. 10).

De acordo com Iamamoto (1997), a ruptura com a herança conservadora

se expressa como uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do assistente social, que, reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade. Não se reduz a um movimento social mais geral determinado pelo confronto e a correlação de forças entre classes fundamentais da sociedade, o que não exclui a responsabilidade da categoria pelo rumo dado as suas atividades e pela forma de conduzi-las (1997, p. 37).

Para Yazbek (209, p. 10) a matriz teórico-metodológica Teoria Social apreende o ser a partir de suas mediações, ou seja, “as relações sociais são sempre mediatizada por situações, instituições etc., que ao mesmo tempo revelam/ocultam as relações sociais imediatas”. A finalidade da mediação que a instrumentalidade<sup>8</sup> do Serviço Social esconde, não está no aporte técnico-instrumental ou nos conhecimentos dos sujeitos e suas capacidades, mas no conhecimento e no aprimoramento deste conhecimento da realidade vivida por estes sujeitos (GUERRA, 2002).

Nos anos 1980, com a redemocratização do país e com a Constituição Federal de 1988, o Serviço Social passou por mudanças significativas, concomitantemente ao movimento da sociedade brasileira. As políticas sociais passaram a direcionar-se para a universalização e garantia dos direitos sociais, para a descentralização político-administrativa e para a participação popular. Porém o Serviço Social no início da década de 1990 enfrentou mudanças no sistema capitalista com o avanço da política neoliberal. No que tange o sistema de proteção social e das políticas sociais conquistadas pela sociedade, houve a desestruturação no mundo do trabalho, ocorreu um movimento de precarização e o surgimento de elementos

---

<sup>8</sup> A respeito da instrumentalidade do Serviço Social ver: GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade do Serviço Social. Cortez, 2002.



como a terceirização, terceiro setor, contratos temporários, entre outros. (NETTO, 1992; IAMAMOTO, 2007; BULLA, 2003).

Barroco, (2003, p. 180) acerca da conjuntura coloca que

as condições sócio-econômicas e ideo-políticas dos anos 1990 atinge diretamente a classe trabalhadora, rebatendo duplamente no Serviço Social, seus agentes são atingidos como cidadãos e trabalhadores assalariados e como profissionais viabilizadores de direitos sociais. A vertente profissional que, nos anos de 1980, ganhou a legitimidade na direção das entidades de profissionais e estudantes, na organização sindical, no debate crítico, na produção inserida na tradição marxista, na revisão curricular de 1982 e na reelaboração do Código de Ética de 1986, defronta-se com o desafio de responder à essa conjuntura, sem perder suas conquistas.

A aproximação do Serviço Social a Teoria Social de Marx, possibilitou um amadurecimento intelectual, uma análise crítica da sociedade, e uma visão de homem enquanto ser social que constrói sua própria história (BARROCO, 2003). Nesse contexto, foram aprovados um novo Código de Ética Profissional do Assistente Social e a Lei 8.662 que Regulamenta a Profissão em 1993, as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social no Brasil, em 1996, marcando e legitimando o compromisso ético-político da profissão com a classe trabalhadora iniciado em 1970.

Segundo Iamamoto (1997, p.34) o “longo voo teórico dado pelo Serviço Social merece ser preservado e aprofundado. Mas a ele deve ser aliado um atento acompanhamento histórico da dinâmica da sociedade”. Para a autora é um desafio para os profissionais de Serviço Social na atualidade “transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuído, ao mesmo tempo, uma maior atenção as estratégias táticas e técnicas do trabalho profissional [...]”.

Iamamoto (1997) coloca que a base da reorientação da profissão do Serviço Social nos anos de 1980, deu-se pelo processo de lutas democráticas na sociedade brasileira, onde os assistentes sociais questionaram as práticas políticas da sociedade civil. Levando a materialização qualitativa da formação profissional e o trabalho de Serviço Social. Assim, para a qualificação da formação e do exercício profissional é necessário

uma apropriação mais rigorosa da base teórico-metodológica, um reconhecimento da dimensão política da profissão e suas implicações mais além do campo estrito da ação profissional, pensada a partir da inserção nos movimentos organizados da sociedade, e o aperfeiçoamento técnico-operativo [...] como uma exigência para a uma inserção qualificada do assistente social no mercado de trabalho (IAMAMOTO, 1997, p. 35).

As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa são elementos fundamentais e complementares entre si, entretanto, trabalhadas de forma isolada, transformam-se em limites para o fazer profissional caindo no teorismo, militarismo e tecnicismo<sup>9</sup>. Assim, podemos compreender que as dimensões caracterizam a instrumentalidade do Serviço Social, onde “composta por um conjunto de referências teóricas e metodológicas, valores e princípios, instrumentos, técnicas e estratégias que dêem conta da totalidade da profissão e da realidade social, mesmo de forma parcial, mas com sucessivas aproximações” e na qual a instrumentalidade tem “a capacidade de mobilização e articulação dos instrumentos necessários à consecução das respostas às demandas postas pela sociedade”. (GUERRA, 2002; IAMAMOTO, 1997; COSTA, 2008, p. 43).

Para Netto (2006, p. 153) as mobilizações e as lutas contra o Regime Militar e a conquista da democracia política, permitiram para categoria profissional do Serviço Social o enfrentamento por projetos societários distintos, assim estabelecendo para a profissão o pluralismo político e a inserção em movimentos pela defesa da classe trabalhadora. A ruptura com o conservadorismo propiciou ao Serviço Social construir um novo projeto profissional, “capaz de responder com eficácia e competência, as demandas tradicionais e as demandas emergentes na sociedade capitalista”.

Netto (2006, p. 144) coloca ainda que os projetos profissionais, incluindo o projeto ético-político do Serviço Social

apresentam a auto-imagem da profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuário de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas [...].

Assim, na análise de Barata e Braz (2009, p. 07) existem alguns elementos característicos do projeto ético-político do Serviço Social e componentes que o consolidam no processo sócio histórico da profissão.

a) O primeiro elemento se relaciona com a explicitação de princípios e valores ético-políticos; b) o segundo refere-se a matriz metodológica em que se ancora; c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente [...] que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exibe uma

---

9 Ver a esse respeito IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, CRESS-CE, Debate n. 6, 1997.

produção monumental de riquezas; d) o quatro se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira.

E os componentes que consolidam os elementos do projeto ético-político do Serviço Social são:

a) A produção do conhecimento no interior do Serviço Social, através da qual conhecemos a maneira como são sintetizadas as diversas modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional e especulativos e prospectivos em relação a ele [...]. b) as instâncias político-organizativas da profissão, que envolvem tantos os fóruns de deliberação quanto as entidades da profissão [...]. É por meio dos fóruns consultivos e deliberativos dessas entidades que são consagrados coletivamente os traços gerais do projeto profissional, onde são reafirmados (ou não) compromissos e princípios. Assim subentende-se que o projeto ético-político pressupõe, em si mesmo, um espaço democrático de construção coletiva permanentemente em disputa. Essa constatação indica a coexistência de diferentes concepções do pensamento crítico, ou seja, o pluralismo de ideias no seu interior; c) a dimensão jurídico-política da profissão, na qual se constitui o arcabouço legal e institucional da profissão, que envolvem um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados no seio da profissão. Há nessa dimensão duas esferas distintas, ainda que articuladas, quais sejam: um aparato jurídico-político estritamente profissional e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente. No primeiro caso [...] o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e as Novas Diretrizes Curriculares dos cursos do Serviço Social [...]. No segundo caso temos um conjunto de leis (a legislação social) advindas do capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988 (BARATA; BRAZ, 2009, p. 08).

Portanto, o projeto ético-político do Serviço Social “é a expressão das contradições que particularizam a profissão e seus princípios e valores [...] colidem (são mesmo antagônicas em sua essência) com os pilares fundamentais que sustentam a ordem do capital” (BARATA; BRAZ, 2009, p. 11).

Entre as inúmeras adversidades colocadas pela sociedade capitalista, o Serviço Social não pode deixar de debater a questão coletivamente, sempre na busca de estratégias para legitimar o projeto ético-político da profissão na perspectiva da emancipação social e política. Para se apreender e identificar a realidade dos indivíduos que atendemos, a prática profissional deve ser trabalhada a partir de uma técnica, de um método e de uma teoria social que possibilite um movimento, uma dialética e quando for definida a sua utilização, terá significado e um novo sentido a instrumentalidade na intervenção do Serviço Social.

Assim, discutir a ação profissional do Serviço Social no âmbito da sociedade capitalista nos leva a pensar que as mudanças ocorridas na sociedade interferem diretamente na dinâmica profissional. Sendo o Serviço Social, uma profissão de caráter assalariado e inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, podemos dizer que a ação profissional acaba condicionada a atender demandas oriundas da questão social. O espaço que o Serviço Social se insere, segundo Yamamoto (2007, p. 29), é “nas novas bases de produção da questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do Assistente social”.

Como afirma Netto (1992, p. 69):

É somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições histórico-sociais para que na divisão social e técnica do trabalho constitua-se um espaço onde possam se mover práticas profissionais como as do Assistente social.

Yamamoto (2007, p. 145) coloca que:

A afirmação de um perfil profissional propositivo requer um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente. Capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social contemporâneo, em que “tudo que é sólido, desmancha-se no ar”. Profissional que, também seja um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural, e no acompanhamento histórico-conjuntural dos processos sociais, para deles extrair potenciais, propostas de trabalhos, ali presentes como possibilidades, transformando-as em alternativas profissionais.

O desafio da profissão de Serviço Social, na conjuntura atual é de criar uma proposta, um projeto profissional que vá de encontro a um projeto societário comprometido com valores democráticos, “na construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero”<sup>10</sup>. Onde o profissional seja capaz de desvelar a realidade e propor alternativas que vá além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento do real para detectar tendências e possibilidades nela presentes, passíveis de serem executadas (NETTO, 2006 p. 155).

A nova postura profissional do Serviço Social se deu em todas as áreas de atuação do assistente social, inclusive na saúde onde o Movimento Sanitário nos anos 1980 se consolidou a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim sendo, o projeto ético-político da profissão possui elementos imprescindíveis para o fazer profissional na área de saúde.

---

10 NETTO, J.P. A construção do projeto ético político do Serviço Social. In: Mota, E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 141-159.

## 2.2 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

O Serviço Social como profissão no Brasil surgiu em 1936, como mediador entre as famílias operárias e o Estado, porém a saúde não foi a área que mais se concentrou profissionais. A expansão do Serviço Social se dá em meados de 1940 com a criação de instituições sócio-assistenciais e as mudanças ocorridas no cenário mundial, como o fim da 2ª Guerra Mundial. Desta forma, o maior número de assistentes sociais foi requisitado, neste período para atuar na saúde. Essa inserção se deu devido ao conceito de saúde elaborado em 1948 pela Organização Mundial de Saúde – OMS (BRAVO; MATOS, 2007).

No mesmo sentido, Silva (2002, p. 25) relata que:

Com o surgimento das grandes instituições como o Conselho Nacional de Serviço Social em 1938, a Legião Brasileira de Assistência em 1940, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial em 1942, o Serviço Social da Indústria, o Serviço Social do Comércio e a Fundação Leão XIII em 1946, amplia o mercado de trabalho para a profissão permitindo ao Serviço Social romper com suas origens confessionais e transforma-se numa atividade institucionalizada.

O novo conceito coloca que “saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”<sup>11</sup>. Essa afirmação destaca aspectos bio-psico-sociais, onde o assistente social atua juntamente nas equipes multiprofissionais. Para Bravo e Matos (2007, p. 199), esta forma de trabalho do assistente social permitiu:

Suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis, ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos, e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

Em meados dos anos 1940, através do Serviço Social de Casos, Grupos e Comunidades, o Serviço Social médico, como era chamado, atuava através de orientações de puericultura<sup>12</sup> e profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As principais atividades realizadas pelos assistentes sociais eram: plantão, triagem, elaboração de fichas com informações sobre o usuário, distribuição de auxílios financeiros para a ida do usuário a instituição médica, cuidado com o psicológico e o emocional, devido o tratamento, concessão

---

11 Ver em: FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência saúde coletiva vol.5 no.1 Rio de Janeiro 2000.

12 É a ciência médica que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, mais especificamente com o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

de benefícios, orientação previdenciária, entre outros. As técnicas de atuação como visitas domiciliares, encaminhamentos, distribuição de auxílios materiais e a questão moral e doméstico, eram as atividades mais realizadas pelos profissionais de Serviço Social. A atuação do Serviço Social se concentrava no Serviço Social de Casos, enquadrando o usuário ao tratamento (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001; BRAVO; MATOS, 2007).

Na análise de Bravo e Matos, (2006, p. 199) a intervenção dos assistentes sociais se dava “nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios”.

Na década de 1950, a medicina integral, a medicina preventiva e a medicina comunitária<sup>13</sup> surgiram a partir da racionalização na saúde, porém não influenciaram a atuação dos assistentes sociais, que eram os hospitais e ambulatórios. A inserção nos Centros de Saúde se deu apenas em 1975, devido à priorização da ação do Serviço Social nas áreas curativa e hospitalar. Bravo (2007, p. 200) acredita que “a exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo”. Nesse período o Serviço Social brasileiro sofreu influências do Serviço Social norte-americano, na qual a prática profissional se tecnificou através dos métodos de Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidades.

Nos anos de 1960 inúmeros profissionais se envolveram com as lutas sociais brasileiras, na América Latina se articulava o Movimento de Reconceituação, mas no Brasil com a repressão do regime militar, o Serviço Social na área da saúde sofreu influências da vertente modernizadora, reforçando sua ação na prática curativa e na assistência médica previdenciária. A intervenção profissional do assistente social continuava na psicologização

---

13 A Medicina Integral surge nos anos 50 com uma proposta de composição de um currículo médico integrado, contrapondo-se à especialização radical da formação, buscava compreender o indivíduo como um “todo” - biopsicossocial. “A Medicina Preventiva constituiu-se num movimento ideológico, elaborado e desenvolvido em escolas médicas americanas que, na América Latina, foi difundido durante a década de 50. (...) questionou a prática médica então vigente pela ausência de racionalidade, pela especialização e tecnificação, pelo enfoque biologicista, pelo caráter individualista e pela inadequação dos profissionais às necessidades da população. Buscando reorientar a prática médica a partir da formação de uma nova atitude (integral, preventiva e social). (...) Utilizou-se de certas noções básicas como processo saúde/doença, causalidade e história natural das doenças, englobando diferentes disciplinas como a epidemiologia, a medicina quantitativa, a organização e administração sanitária, e, posteriormente, as ciências sociais. A Medicina comunitária surgiu na seqüência destas duas propostas e superou as tentativas de recomposição interna ao ato médico destes projetos, agregando-lhes uma nova dimensão: a prestação de serviços a categorias excluídas de cuidado médico, as comunidades excluídas. (LEVCOVITZ, E. et al. Saberes e Políticas: a contribuição do campo da saúde coletiva na organização da política de saúde brasileira. Rio de Janeiro, Série Estudos em Saúde Coletiva. Edição Especial – Relatório de Pesquisa. Setembro de 2000).

do indivíduo, na concessão de benefícios e na burocratização das atividades. No que se refere ao campo político, houve uma organização maior da categoria, surgimento de novos campos de trabalho e amadurecimento teórico dos profissionais, porém não mudando a vertente teórica (BRAVO, 2006).

Bravo reforça (1996, p. 90-91), colocando que:

O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram a obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica.

Desde meados de 1970 a saúde brasileira vem discutindo questões no âmbito da saúde coletiva, através do projeto da Reforma Sanitária. Neste mesmo período o Serviço Social questionava seu aporte teórico que e de certo modo acabou não refletindo e participando junto com o movimento sanitário. Mas aos poucos o Serviço Social se insere no debate através da participação na 8ª Conferência de Saúde em 1986 que consolida o Movimento da Reforma Sanitária. A Conferência debatia a necessidade de reformulação de um conceito de saúde, reestruturação através de um Sistema Único de Saúde, financiamento, criação de Conselhos de Saúde, entre outros, e em 1988 com a Constituição Federal este conceito de saúde e outras propostas foram incorporadas. Assim a saúde passou a integrar o tripé da Seguridade Social junto com a Assistência e Previdência Social. O Art. 196 da Constituição determina que

a é direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A adesão da saúde na Constituição levou a criação de leis voltadas à organização e efetivação do Sistema Único de Saúde, compostas pela Lei 8.080 e a Lei 8.142, aprovadas em 1990, que dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, e regulamentam o capítulo da saúde contido na Constituição de 1988 e sobre a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que é

um sistema público de saúde, voltado a toda a população e financiado com recursos arrecadados por meio de impostos.

Segundo Bravo e Matos (2007, p. 206):

[...] o projeto de Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

As contribuições do Serviço Social na década de 1990 para a saúde em relação à prática profissional dos anos de 1970 e 1980 não mudaram muito, a sua inserção nas institucionais estatais e a produção teórica acerca das demandas advindas da saúde foram incipiente para a proposta da Reforma Sanitária. Porém, a partir do Sistema Único de Saúde que o Serviço Social vai efetivar suas ações profissionais voltadas para controle social e a universalização das ações e serviços de saúde (BRAVO; MATOS, 2007; NOGUEIRA, 2005).

No cenário onde a conjuntura brasileira de 1990 foi marcada pela ideologia neoliberal através das privatizações, ajustes fiscais, desregulamentação das políticas sociais, possibilitando a entrada do projeto privatista<sup>14</sup> na esfera da saúde, a ação profissional do Serviço Social deve estar centrada na busca criativa e constante da incorporação dos conhecimentos e das novas exigências profissionais, vinculado aos princípios dos projetos da reforma sanitária e do projeto ético político da profissão. Só através destes princípios que poderemos efetivar as necessidades advindas dos usuários. (BRAVO; MATOS, 2007).

A ação profissional dos assistentes sociais está relacionada diretamente aos sujeitos sociais e suas “dimensões universais e particulares da questão social”, cujas consequências advêm das desigualdades sociais colocadas pelo sistema capitalista, onde o Estado fragmenta e diminui o acesso as políticas sociais. Por isso é imprescindível que haja profissionais propositivos para atuar diretamente na questão social, “formulando e implementando propostas para o seu enfrentamento”, através de “políticas sociais públicas, organização da sociedade civil e movimentos sociais”. (VASCONCELOS, 2009, p. 254-255).

Na análise de Miotto e Nogueira, (2009, p. 230) para atender as necessidades de saúde da população, deve haver uma

---

14 Projeto privatista é aquele em que há o avanço do complexo médico-industrial em direção à retração dos direitos referentes à saúde, à transformação dos bens e serviços de saúde em mercadorias e fonte de lucro, bem como a precarização da saúde em seu âmbito público. (CHUPEL, 2005)



articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado.

Assim, o assistente social em toda sua formação profissional deve pautar sua ação no conhecimento aprofundado da realidade social capitalista, nas expressões da questão social e os impactos que causa as relações sociais, para que sua prática possa ser planejada e pautada no projeto ético-político profissional. Para isso, Vasconcelos (2009, p. 258) nos dá um norte no que se refere ao planejamento, a realização e avaliação de uma prática na saúde que possibilite acesso aos direitos e contribua para o exercício do controle social. Ela explicita que o planejamento “é um instrumento de luta, de negociação, de registro da prática”, pois é na idealização de suas ações que os profissionais transformam em “recurso vivo” a promoção a saúde.

Que devemos organizar e realizar a atenção aos direitos, baseados nas demandas dos usuários, realizar e divulgar estudos socioeconômicos dos que conseguem e dos que não conseguem acesso aos recursos da saúde, identificar e priorizar as necessidades sociais de saúde e demandas dos usuários para além das demandas espontâneas, priorizar as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, danos, agravos, e riscos, [...] sem prejuízo do tratamento e da reabilitação (VASCONCELOS, 2009, p. 258-259).

Assim sendo, a busca pela saúde exige do profissional uma análise sobre a doença e o risco de adoecer da população brasileira, trata-se de olhar o direito a saúde não como direito isolado, mas como um dos direitos, articulados aos demais que compõe a Legislação. Trata-se de ter uma “visão ampliada do sistema de saúde, [...] onde passam a ser determinantes os ingredientes sociais do processo saúde/doença, as condições de habitação, educação, lazer, transporte, trabalho e outras áreas da vida humana” (DALPRÁ, 2003, p. 03; VASCONCELOS, 2009).

A formação profissional possibilita ao assistente social trabalhar não só com a pessoa doente, mas com sua família na perspectiva da totalidade, na qual permite ao profissional intervir nas necessidades concretas da família como um todo, articulando recursos sociais, materiais e institucionais. Desta forma, podemos atender cada indivíduo na sua totalidade e em seu contexto social, econômico, histórico e político. (DALPRÁ, 2003).

## 2.3 DEFININDO CONCEITOS: FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E O FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

### 2.3.1 Aspectos conceituais sobre a família na contemporaneidade

Encontrar uma definição única para família é uma tarefa difícil visto que esta estrutura vem sofrendo modificações ao longo do tempo. As mudanças que ocorreram no processo de globalização e da economia capitalista vêm interferindo na dinâmica e na estrutura familiar. Falar em família no Brasil hoje, segundo Sarti (2003, p. 21):

É difícil, pois além de sofrer importantes abalos internos tem sido alvo de marcantes interferências externas, onde estas dificultam sustentar a ideologia que associa a família à idéia de natureza, ao evidenciarem que os acontecimentos a ela ligados vão além de respostas biológicas universais às necessidades humanas, mas configuram diferentes respostas sociais e culturais, disponíveis a homens e mulheres em contextos históricos específicos.

Para Resta e Mota (2005, p. 110), a definição de família

envolve uma complexidade de fatores que são conformados nos diferentes contextos e realidades vividos por ela. Neste sentido, não se pode falar na existência de um conceito de família que explique a estruturação de todas, mas na existência de famílias no sentido plural dos determinantes de vida de cada núcleo familiar.

Na análise de Mito (2000, p. 217) define-se família como:

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo, mais ou menos longo e se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. É marcado por relações de gênero, e está dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

A família como constituição de um conjunto de pessoas, “tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento sócio-econômico e pelo impacto de ação do Estado através de políticas econômicas e sociais” (KALOUSTIAN, 1994, p.12).

A vida familiar sofreu alterações de forma geral em toda a população brasileira, mudando a direção dos padrões característicos de comportamento, da cultura, das relações de trabalho, do poder aquisitivo e de crenças da sociedade. Não existe um modelo clássico de família e segundo o censo do IBGE de 2000, família conceitua-se como a) a pessoa que mora sozinha, b) o conjunto de pessoas ligadas por laços e parentesco ou de dependência

doméstica<sup>15</sup> e c) pessoas ligadas por normas de convivência<sup>16</sup>. Os arranjos familiares<sup>17</sup> se modificaram, há mães e pais solteiros com filhos, pais com filhos adotivos, famílias formadas por casais que já foram casados e tiveram filhos e decidiram ter outros filhos na nova união. (NASCIMENTO, 2006).

Nos últimos anos também podemos evidenciar mudanças no campo familiar em relação à reprodução da população, aumento da expectativa de vida, a predominância feminina na chefia domiciliar, menor fecundidade das mulheres e diminuição da taxa de mortalidade. Foi nos anos 1960 que o aumento das mulheres no mercado de trabalho auxiliou na reconfiguração familiar. Segundo Sarti, (2003, p. 21) foi

a partir da década de 1960, [...] em escala mundial, difundiu-se a pílula anticoncepcional, que separou a sexualidade da reprodução e interferiu decisivamente na sexualidade feminina. Esse fato criou as condições materiais para que a mulher deixasse de ter sua vida e sua sexualidade atadas à maternidade como um “destino”, recriou o mundo subjetivo feminino e, aliado à expansão do feminismo, ampliou as possibilidades de atuação da mulher no mundo social. A pílula, associada a outro fenômeno social, a saber, o trabalho remunerado da mulher, abalou os alicerces familiares, e ambos inauguraram um processo de mudanças substantivas na família [...].

A caracterização da família na contemporaneidade também se atribui as ciências tecnológicas, que ocasionaram melhorias urbanas, aumento da população urbana, aumento do envelhecimento da população, queda da fecundidade e da mortalidade (NASCIMENTO, 2006).

Desta forma, podemos entender que a família é uma construção social que possui vida própria, é dinâmica e possui uma função imprescindível, pois como espaço de socialização permite buscar coletivamente meios de sobrevivência e proteção de seus membros, porém demanda “políticas e programas próprios que deem conta de suas especificidades”. Quando as demandas familiares não são supridas, as famílias não conseguem proteger seus membros, ocorrendo diversas vulnerabilidades e riscos sociais (KALOUSTIAN, 1994, p. 12).

---

15 Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família.

16 Por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica.

17 A regra geral para os residentes no mesmo domicílio particular é de que, nas situações em que pelo menos uma dessas pessoas reconhece qualquer grau de parentesco com o chefe do arranjo domiciliar.

Sendo assim, é necessário conhecer a dinâmica de cada núcleo familiar, suas vivências e os fatores que cada indivíduo está exposto para propor alternativas de ação, pautado na prevenção e na promoção as saúde.

### **2.3.2 Aspectos conceituais sobre a vulnerabilidade social**

As transformações que ocorrem na sociedade contemporânea refletem diretamente na dinâmica familiar, causando o empobrecimento e fragilização da população. Podemos dizer que a pobreza, causada pela má distribuição de renda, está associada à vulnerabilidade dos membros familiares.

Para Mioto (2000, p. 217) a origem do termo vulnerabilidade vem da área dos Direitos Humanos e “é utilizado para designar grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos e de cidadania”.

Na análise de Abramovay e Pinheiro (2003, p. 02) a vulnerabilidade social se caracteriza pela

escassa disponibilidade de recursos materiais ou simbólicos a indivíduos ou grupos excluídos da sociedade. O não acesso a determinados insumos (educação, trabalho, saúde, lazer e cultura) diminui as chances de aquisição e aperfeiçoamento desses recursos que são fundamentais para que a população aproveite as oportunidades oferecidas pelo Estado, mercado e sociedade para ascender socialmente.

O Plano Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) considera situação de vulnerabilidade social ou de risco social,

famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.( PNAS, 2004, p. 18-19).

Desde o surgimento do Estado contemporâneo e da família moderna, sua relação é conflituosa por estar pautada nas disputas de controle comportamentais dos indivíduos. Esta

relação possui eixos opostos onde o primeiro é o controle e a invasão do Estado na vida familiar, impedindo a legitimidade e desorganizando os valores e as crenças familiares. O segundo é que o Estado como protetor, garante os direitos e emancipa os indivíduos familiares, porém intervém na solidariedade das famílias e de suas redes de apoio. Assim, a intervenção do Estado na família acontece pela legislação, através da idade mínima do casamento, deveres e responsabilidades dos pais, posição e direitos dos cônjuges, entre outros. Pode ocorrer pelas políticas demográficas, através do incentivo ou como controle da natalidade e pela difusão assistencialista e policialesca do estado frente às classes populares (MIOTO, 2004).

A Constituição Federal de 1988 incorporou a discussão sobre a proteção social à família e responsabiliza a mesma, o Estado e a sociedade para com os cuidados de seus membros. Porém com o ideário neoliberal, o Estado passa suas responsabilidades para a sociedade civil que apela para a solidariedade na questão de solucionar os problemas sociais. Desta forma, “o neoliberalismo coloca o mercado como mediador da sociedade e reduz as funções sociais do Estado”, promovendo assim “a despolitização das relações sociais e dos direitos historicamente conquistados, valorizando o assistencialismo e o favor” (CARNEIRO; VASCONCELOS; SILVEIRA, 2007; CASTRO, 2008, p. 117).

Segundo Miotto (2004) a população possui dois caminhos para satisfazer suas necessidades, uma é o mercado, por meio do trabalho e a outra é a família, no entanto, quando um desses fica deficitário o Estado ou outras instituições intervém de forma temporária. Isto é, quando a família esgota todas suas possibilidades de prover sua sobrevivência, torna-se incapaz de cuidar de seus membros, assim, políticas ou programas não destinados para que esta família volte a cumprir sua função de proteção.

Este panorama pode ser descrito como pluralismo de bem-estar<sup>18</sup> ou Welfare Mix<sup>19</sup>, pois a proteção social passou a ser gerida tanto pelo Estado, com o recurso do poder; pelo mercado, com o recurso do capital; como pela sociedade civil e a rede familiar com o recurso da solidariedade. (PEREIRA, 2006). Este processo de co-responsabilização configura

---

18 Ver PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. et al. (org.) Política Social, família e juventude: uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.25-42.

19 Ver CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, PUC/SP, 2005. p. 267-274.

uma estratégia de esvaziamento da política social como direito de cidadania, já que, com o ‘desvanecimento das fronteiras entre as esferas pública e privada’, se alarga a possibilidade de privatização das responsabilidades públicas, com a conseqüente quebra da garantia de direitos (PEREIRA, 2006, p. 33),.

A família por ser fonte privada de proteção social começa a ganhar espaço como provedora e gestora do bem-estar, pois o pluralismo de bem-estar ou Welfare Mix “valoriza e explora a flexibilidade provedora, as relações de boa vontade e o engajamento altruísta”. Deste modo, a família passa a ser responsabilizada pela garantia e pelas condições para o desenvolvimento de seus membros (CARNEIRO; VASCONCELOS; SILVEIRA, 2007; PEREIRA, 2006, p. 36).

Para Carvalho (2005, p. 274) “a família é um forte agente de proteção social de seus membros: idoso, doente crônico, dependentes, crianças, jovens, desempregados”, e não é justo “exaurir esse potencial protetivo sem lhe ofertar um forte apoio”. A família, na análise de Pereira (2006, p. 37) é uma instituição social que possui característica forte e fraca.

“Forte, porque ela é de fato um lócus privilegiado de solidariedade, no qual o indivíduo pode encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência. Mas ela é também frágil pelo fato de não estar livre de despotismos, violências confinamentos, desencontros e rupturas”.

A relação entre Estado e família possui outro problema, “o problema da permeabilidade dos limites das famílias, da vida privada em relação aos órgãos do Estado e seus representantes”. Dessa forma, a intervenção do Estado interfere nos direitos à privacidade e à proteção de seus membros. E tal relação se complica quando percebemos que “a permeabilidade dos limites da privacidade familiar é diretamente proporcional a sua vulnerabilidade social”, pois a intervenção nestas famílias é maior (MIOTO, 2004, p. 50).

Nas reflexões de Miotto (2004, p. 49) a interferência do Estado não pode ser apenas no processo de definição e garantia de direitos individuais, mas na “definição e implementação de políticas sociais, que forneça instrumentos de sustentação necessários para o bem-estar das famílias”. Esta parceria é contraditória, pois há uma dependência mútua para que o bem-estar da família seja assegurado, não existindo possibilidade de sustentar a reprodução cotidiana, social e biológica sem o reconhecimento da responsabilidade coletiva.

Com base nas políticas sociais brasileiras, considera-se que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros, proporcionando

condições para a sua sustentabilidade. Este processo é chamado de familismo<sup>20</sup>, pois coloca os membros familiares na posição de provedor das necessidades e como responsáveis da qualidade de vida via mercado de trabalho. Assim o bem-estar da família está relacionado diretamente à renda familiar. Este modo de pensar reforça os papéis tradicionais do homem e da mulher na sociedade no que se refere à vida doméstica e ao mercado de trabalho, não levando em consideração a diversidade de formas familiares existentes (CAMPOS; MIOTO, 2003).

Assim sendo, percebemos que a centralidade gira em torno da família, onde a responsabilidade e a capacidade de superação das condições de exclusão e de vulnerabilidade social recaem sobre seus membros. Fica complicado superar a pobreza sem levar em conta o quadro econômico mais amplo, onde o Estado se torna cada vez mais submetido econômica e politicamente aos interesses dominantes e do processo capitalista. Neste contexto, percebemos uma sobrecarga na vida familiar, reforçada pelas políticas sociais e uma ineficiência do Estado por não conseguir intervir na satisfação das necessidades básicas das famílias (MIOTO, 2008).

Na análise de Gomes e Pereira (2005, p. 362),

diante da ausência de políticas de proteção social à população pauperizada, em consequência do retraimento do Estado, a família é chamada a responder por esta deficiência sem receber condições para tanto. O Estado reduz suas intervenções na área social e deposita na família uma sobrecarga que ela não consegue suportar tendo em vista sua situação de vulnerabilidade socioeconômica.

A centralidade na família se acentua a partir dos anos 1990, onde começa a se instaurar no país a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a Lei Orgânica da Saúde (LOS), entre outros. Na Assistência Social o foco na família é intensificado com a estruturação de uma série de programas de transferência de renda e na saúde com a criação do Programa de Saúde da Família. Na análise de Miotto (2008, p. 143) neste período acirra a disputa por projetos políticos, na qual rebate diretamente no campo da proteção social, pois por um lado há uma

tensão entre a afirmação da proposta de institucionalização da proteção social nos moldes da Constituição Federal de 1988 e a sua desconstrução

---

20 Ver CAMPOS, M. S; MIOTO, R. C. T. Política de Assistência social e a posição da família na política social brasileira. Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Brasília: UNB, Nº 12 jan - jun, 2003, p. 165-190.

através do Estado. Por outro lado, pela tensão entre a afirmação da família como parceira na condução das políticas sociais e a sua desfamiliarização<sup>21</sup>.

No que tange aos Programas de Transferência de Renda, na qual o foco é a família, podemos encontrar como exemplo o Bolsa Família, que coloca condicionalidades para que a família possa receber o benefício. Outro exemplo é citado na LOAS no seu artigo 2º, item 5º que prevê “ a garantia de um salário mínimo de benefício mensal a pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida pela família”, assumindo a matricialidade sócio-familiar no Programa de Prestação Continuada. Na política de Saúde, há o Programa Saúde da Família - PSF, criado em 1994 e incorporado como Estratégia no âmbito da Política Nacional Atenção Básica em 2006 e no âmbito da Política de Assistência Social, onde adota a matricialidade sócio-familiar há o Sistema Único de Assistência social- SUAS (GOMES; PEREIRA, 2005; MIOTO, 2008).

Houve alguns avanços nas políticas sociais especialmente em relação à proteção social, onde “a Assistência Social, como Política de Proteção Social, deve atuar junto à população vulnerabilizada pelo processo de produção da pobreza” (GUARÁ E JESUS, 2008, p. 250).

Ainda que o impacto dos programas de proteção sejam minimamente positivo, a assistência social como direito, “demandam alterações na cultura assistencialista e tutelar, impregnada nas estruturas da burocracia assistencial estatal e em suas relações com a rede de organizações que prestam serviços sociais, com ou sem o apoio direto do poder público” (GUARÁ E JESUS, 2008, p. 252)

Segundo as reflexões de Bravo (2007) sobre a Política de Saúde, o PSF é exemplo de focalização, precarização e centralização no âmbito familiar. Para ela, esta estratégia deveria se transformar em reorganização da atenção básica para toda a população de acordo com os princípios da universalidade e da integralidade, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência e não programas de cobertura para as populações vulneráveis.

É preciso considerar alguns princípios ao se propor políticas voltadas para as famílias, pois a família é espaço contraditório e conflituoso, possui especificidades e são heterogêneas, devem ser pensadas não como “somatório de anseios e demandas individuais,

---

21 Abrandamento da responsabilidade familiar em relação a provisão de bem estar social, seja através do Estado ou do mercado (MIOTO,2008).



mas como processo interagente da vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes” (GOMES; PEREIRA, 2005; KALOUSTIAN, 1994, p. 13.)

Desta forma os profissionais de Serviço Social juntamente com as famílias, devem encontrar alternativas para que os indivíduos familiares tenham acesso aos direitos sociais. A ação profissional deve estar pautada na análise crítica da realidade e nos processos políticos, sociais e econômicos da sociedade, pois só assim podemos planejar e executar programas e políticas públicas que vão de encontro à realidade das famílias vulneráveis.

### **2.3.3 O fazer profissional na saúde no processo de atenção à família em situação de vulnerabilidade social**

O Serviço Social, através do conceito ampliado de saúde está alicerçado na garantia do direito, pautado na Constituição Federal de 1988 e em outras Legislações onde o foco é a universalização do acesso. Para Costa (2000, p. 41):

nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Nesta ótica, percebemos que levando em consideração as determinações sociais, como as relações sociais e econômicas, crenças, costumes no processo de saúde-doença, nosso objeto de conhecimento e de abordagem se modificam. Assim podemos afirmar que fica impossível compreender as necessidades de saúde se não relacionarmos aos aspectos do meio físico, biológico, cultural e social. É necessário analisar e compreender a saúde a partir do estilo de vida de cada indivíduo inserido na sociedade (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Para tanto, é necessário que se pense como entendemos e como fazemos a ação profissional do Serviço Social para depois pensarmos no atendimento as famílias vulnerabilizadas no âmbito da saúde.

A ação profissional pode ser entendida como o conjunto de decisões e atividades realizadas por uma profissão especializada, onde sua execução é consciente. Tais procedimentos estão pautados em dimensões teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-

operativos de uma profissão capaz de compreender o movimento da realidade social (LIMA, 2004).

A partir dessa definição, Miotto (2009) coloca que ação profissional possui dois elementos que unidos direcionam e materializam o fazer profissional. O primeiro é o elemento condicionante que compõem o projeto profissional, faz referência aos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos, diz respeito também a natureza do espaço sócio ocupacional do profissional (público/privado), ao conhecimento e investigação as demandas e as necessidades dos usuários, pois “norteiam os objetivos da ação a ser desenvolvida”. O segundo é o elemento estruturante que se refere ao fundamento técnico-operativo, é a forma de abordagem (individual, grupo, coletiva) ao usuário através do conhecimento/investigação, do planejamento e da documentação (estudo e parecer social, registro) (MIOTTO, 2009).

Assim ao trabalhar com famílias requer acima de tudo, um fundamento teórico, definição dos sujeitos, um planejamento, uma abordagem e a utilização de instrumentos técnico-operativos. Requer entendimento da interação social da família e desta com a sociedade, de como está dando conta das demandas, “pois demandas diferentes remetem a objetivos específicos diversos e, por isso, implicam um conjunto de conhecimentos também específicos que requerem procedimentos metodológicos diferentes” (MIOTTO, 2009, p.29).

O conhecimento pressupõe, necessariamente, a existência de uma atitude investigativa que permite a compreensão das particularidades existentes nos diferentes campos de exercício profissional, como na definição de ações profissionais que melhor respondam às demandas e necessidades postas pelos sujeitos (LIMA e MIOTTO, 2009, p.37).

Sendo assim, Lima e Miotto (2009, p. 41) destacam:

Conhecer os sujeitos, explicitar a complexidade e o conjunto de dificuldades que permeiam as demandas encaminhadas ao Assistente Social, e refletir conjuntamente sobre o objeto da ação profissional, é fundamental para garantir um processo na direção da autonomia e da participação.

A intervenção do assistente social pautada nos elementos condicionantes e estruturantes pode ser caracterizada como ações socioeducativas, pois esta tem o propósito de desenvolver o processo educativo, onde suas propostas são construídas “a partir do conhecimento e análise das necessidades postas pela totalidade dos usuários, pelas finalidades dos serviços e também pelas características dos territórios” (MIOTTO, 2002, p. 506).

As ações socioeducativas são divididas em 2 princípios: socialização das informações e processo reflexivo. A socialização das informações tem o compromisso

da garantia de direito à informação, como direito fundamental da cidadania [...] pois se apresenta como uma ação de fortalecimento do usuário para acessar esses direitos e mudar sua realidade. [...] O direito a informação não está restrito apenas ao conhecimento dos direitos e do legalmente instituído nas políticas sociais. Inclui-se os direitos dos usuários de usufruírem de todo conhecimento socialmente produzido, especialmente aqueles gerados no campo a ciência e tecnologia, necessário para a melhoria das condições e qualidades de vida ou para que os usuários possam acessar determinados bens ou serviços em situações específicas. [...] Desta forma, o uso das informações ou a incorporação da informação pelos sujeitos, torna-se um indicador importante de avaliação no processo de construção da autonomia dos indivíduos, dos grupos e das famílias [...] (MIOTO, 2002, p. 502).

#### O processo reflexivo

se desenvolve no percurso que o assistente social faz com os usuários para buscar respostas para suas necessidades, imediatas ou não. [...] Ele tem como objetivo a formação da consciência crítica. Esse objetivo somente se realiza à medida que são criadas as condições para que os usuários elaborem, de forma consciente e crítica sua própria concepção de mundo (MIOTO, 2002, p. 501).

Para que as ações socioeducativas tenham efetividade na intervenção profissional nas famílias, o seu desenvolvimento ter coerência entre as dimensões teórico-metodológica e ético-política, uma definição dos objetivos e instrumentais técnico-operativos. Pois é a partir da junção desses elementos que haverá concretude na apreensão da relação e posicionamento dos indivíduos na sociedade (MIOTO, 2002).

Dentro deste contexto a ação profissional do Serviço Social na área da saúde se articula na formulação de “estratégias que busquem reforçar e/ou criar experiências nos serviços e na efetivação dos direitos sociais à saúde”, norteado pelo projeto-ético político profissional e sempre articulado ao projeto da reforma sanitária. Desta forma, é necessário um “instrumental teórico e técnico para compreender a lógica da organização social capitalista”, onde o conhecimento e o desvelar da realidade é imprescindível para que a ação profissional do assistente social seja eficaz e tenha resolutividade (COSTA, 2009; MATOS, 2007, p. 213; VASCONCELOS, 2006, p. 21).

Segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, articular a atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- 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 à 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 trabalhadores de saúde 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;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (BRASIL, 2009 p. 15).

Nas palavras de Yamamoto (1997, p. 57), exige-se um profissional comprometido com o projeto ético-político e com “competência crítica, capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrentá-las. Supõe competência teórica [...] competência técnico e ético-política [...]”. Tal perspectiva está pautada no Código de Ética do Assistente Social, de 1993 e na Lei 8.662/93 da Regulamentação da Profissão, que estabelece as competências e as atribuições profissionais do Serviço Social. As competências do Assistente Social estão constituídas no Art. 4º:

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, 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.

E as atribuições privativas do Assistente Social estão constituídas Art. 5º:

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 e órgãos da Administração Pública direta e indireta, 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 a 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 Regionais; 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.

Dentro desse contexto, exige-se um profissional de Serviço Social, participativo e inserido nos procedimentos de trabalho desenvolvidos no âmbito do SUS, sempre em busca da consolidação e da garantia do direito à saúde (DALPRÁ, 2003).

Na análise de Miotto (2000), os cuidados que devemos ter com as famílias em situação de vulnerabilidade social, seja na Saúde ou na Assistência Social, devem estar voltados para a sustentabilidade destas, para que possam se organizar em espaços de cuidado, proteção e referência social, devem também desenvolver processos de atenção para as famílias em situação de vulnerabilidade e para as que estão suscetíveis a situações que possa comprometer a qualidade de suas relações ou de vida de seus membros. Os cuidados com as famílias em situação de vulnerabilidade social supõem propostas para a efetivação das demandas dessa população, como:

- A proposição, articulação e avaliação das políticas sociais têm o objetivo de dar sustentabilidade às famílias. Envolve propostas de políticas sociais, não apenas compensatórias, para possibilitar a convivência familiar em patamares condizentes com as expectativas que a sociedade tem em relação às famílias. Aponta o risco da discriminação a medida que elege algum modelo familiar enquanto destinatário das políticas sociais excluindo outros; e o risco de colocar em xeque a própria história da conquista dos direitos individuais, (MIOTTO, 2000, p. 221).

- A organização e a articulação de serviços são fundamentais para a sustentabilidade das famílias e, por isso, é urgente estabelecer novas pautas de relacionamento entre famílias e serviços. [...] O objetivo principal é o de estar a serviço das famílias (MIOTO, 2000, p. 222).
- A intervenção em situações familiares refere-se às ações dos assistentes sociais diretamente com as famílias. [...] Estas ações se desenvolvem por um processo compartilhado por famílias e assistentes sociais mediante o qual a autonomia das famílias se constrói, se reconstrói e preserva. O objetivo principal é identificar as fontes de dificuldades familiares, as possibilidades de mudanças e todos os recursos (tanto das famílias como os do meio social) que contribuam para que as famílias consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida (MIOTO, 2000, p. 222).

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade dos profissionais de Serviço Social e dos diversos sujeitos coletivos, captarem a Política Pública em sua totalidade, o que significa analisar a política social intimamente articulada à política econômica.

Na área da saúde e aqui com destaque para o espaço institucional da maternidade do HU, a intervenção do Serviço Social é de suma importância para que seja socializada não só para ao usuário, mas para sua família sobre os acessos aos direitos sociais.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HU – ANÁLISE DO FAZER PROFISSIONAL NO PROCESSO DE ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

Essa seção tem como objetivo, apresentar a realidade do Hospital Universitário, bem como o processo de trabalho do assistente social na instituição, procurando responder à questão: quais serão as contribuições, no que diz respeito à ação dos profissionais de Serviço Social na intervenção e no enfrentamento da realidade social das famílias em situação de vulnerabilidade social, bem como problematizar o tema no âmbito do Serviço Social.

No primeiro momento, se fará a caracterização do local de estágio – Maternidade do Hospital Universitário – e do processo de trabalho do assistente social nele inserido. No segundo momento, Serão expostos os procedimentos metodológicos que possibilitarão a identificação das vulnerabilidades das famílias atendidas na Unidade Neonatal pelo Serviço Social na Maternidade do HU, através dos encaminhamentos realizados pelo Assistente Social. Será feita também análise dos instrumentais técnico-operativos utilizados pelo Assistente Social no espaço institucional do HU nos atendimentos as famílias em situação de vulnerabilidade social e identificados durante o período de estágio.

#### **3.1 A CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL E DAS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL**

##### **3.1.1 O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU)**

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), é uma instituição pública federal ligada à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Ministério da Educação. A fonte de recursos financeiros do HU provém de recursos federais, através de repasses do Fundo Nacional de Saúde e do Ministério da Educação (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a).

Suas obras iniciaram no ano de 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas só se tornou realidade no ano de 1980, após lutas de acadêmicos, professores e comunidade junto às Autoridades Federais, a fim de obterem recursos para sua inauguração. Nesta época, o país era governado por João Baptista Figueiredo, que assumiu a presidência em março de 1979, período em que cresceram as manifestações populares pela redemocratização, aumentou o número de greves, envolvendo diversas classes de trabalhadores e até de funcionários públicos. Nesse contexto, havia ampla mobilização da sociedade civil e dos movimentos sociais, entre eles o Movimento da Reforma Sanitária, foi um dos aspectos mais importantes para caracterizar o processo de abertura democrática, que culminou com a Constituição de 1988 (CEZAR, 2009; MOSCON, 2007; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a).

O atendimento prioritário de ambulatório se consolidou permitindo que o HU se estruturasse em quatro áreas básicas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia e em 1995 foi implantada o Centro Obstétrico e a Unidade Neonatal. A instituição atende a população da Grande Florianópolis, assim como, a população advinda de outros municípios do Estado de Santa Catarina oferecendo atendimento de emergência, ambulatorial e de internação nas áreas de Clínica Médica I, II, III, Clínica Cirúrgica I, II, Maternidade (Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal), Pediatria e Tocoginecologia (CEZAR, 2009; CORREIA, 2007; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a).

Seu corpo clínico constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa. Os médicos e os demais profissionais da Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, que possuem elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e prática clínicas que conferem ao HU grande força e prestígio social e comunitário. O HU é também referência estadual em patologias complexas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades, além disso, pesquisas são desenvolvidas como a que testa a eficácia da vacina contra o HPV (CORREIA, 2007; CEZAR, 2009; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 2006a).

Conforme informações disponíveis no site do HU a instituição tem por objetivo promover o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde e afins, prestando atendimento de forma universalizada e igualitária à comunidade e aos demais municípios do Estado de Santa Catarina, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Ao longo dos anos



o HU consolidou sua atuação nos três níveis de assistência do SUS, ou seja, básica, média e alta complexidade, sendo referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas.

De acordo com o Planejamento estratégico do HU - Plano 2012 (2006a), seus valores são assim definidos:

- Qualidade;
- Humanização;
- Ética;
- Público e gratuito;
- Inovação;
- Compromisso Social;
- Valorização, qualificação e competência profissional;
- Articulação ensino, pesquisa, extensão e assistência;
- Construção e socialização do conhecimento;
- Respeito aos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, resolutividade.

O HU tem por missão: “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”. E, por visão: “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho.” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a).

### **3.1.2 A maternidade do HU**

A Maternidade do HU foi ativada em 1995, tornando-se referência em todo o Estado, no atendimento à gestação e ao parto, ao recém-nascido e à família. Os setores de atendimento que formam a Maternidade são: Triagem Obstétrica (TO), Centro Obstétrico (CO), Unidade

de Neonatologia, Alojamento Conjunto (AC), Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), Lactário e Hotelzinho<sup>22</sup> (CEZAR, 2009; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a).

A Maternidade do HU tem como filosofia o princípio da atenção humanizada ao parto, através de um atendimento personalizado de assistência integral à mulher, recém-nascido e família, considerando seus aspectos bio-psico-sociais. O pai tem o direito de acompanhá-la em todo o processo, desde o trabalho de parto, nascimento, até sua internação na Unidade Neonatal e as crianças tem autorização para visitas, favorecendo o vínculo familiar (CEZAR, 2009; CORREIA, 2007).

A assistência humanizada possibilitou com que a gestante tenha o direito de escolher a posição do parto que deseja realizar (cócoras ou vertical, horizontal), sendo que o parto cesárea é decidido pelo médico conforme quadro clínico da gestante e/ou do bebê. Além desse atendimento humanizado, ainda presta serviços na Unidade Neonatal, desenvolve o Projeto Mãe-Canguru, a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos, e o Encontro de Gestantes do Terceiro Trimestre (CORREIA, 2007; MOSCON, 2007; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a).

A equipe multiprofissional da Maternidade é composta por médicos obstetras, neonatologistas, anestesistas, enfermeiras, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeutas, atendentes e auxiliares administrativos, além da participação de alguns departamentos de ensino (CORREIA, 2007; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a).

Através do princípio da atenção humanizada, a prática da maternidade adotou o sistema de alojamento conjunto, local onde as mães e seus bebês ficam juntos durante o período de internação, a fim de facilitar a vinculação afetiva entre mãe-recém nascido-família. O alojamento conjunto também se destina para gestantes de alto risco que necessitam repouso ou algum cuidado especial. (BILLAR, 2006; CORREIA, 2007).

Na Maternidade, e especificamente na Unidade Neonatal, o Serviço Social desenvolve o Projeto de Atendimento as Demandas Sócio-Assistenciais das Mães/famílias e recém nascidos<sup>23</sup> prematuros e/ou com alguma enfermidade. O público alvo é, dessa forma, as famílias, as mães e recém-nascidos na unidade.

---

22 Hotelzinho: local destinado às mães que receberam altas, porém seus RN continuam internados na Unidade de Neonatologia. Dá-se preferência para as mães de outra região, ou com dificuldade de ir e vir todos os dias de suas casas.

23 Recém-nascido ou Neonato: termo clínico usado em pediatria para designar todas as crianças desde o nascimento até atingirem os 28 dias de vida. A partir dessa data até o fim do 1º ano de vida, a criança passa a ser designada por lactente. (WIKIPÉDIA, 2007).

Os recém-nascidos de baixo peso, prematuro ou ainda, que tenha nascido com alguma enfermidade permanecem internado na Unidade Neonatal, mesmo após alta da mãe, o que ocorre em 48 horas para parto normal e em 72 horas na cesariana, sendo que a mãe pode ficar alojada no Hotelzinho ou na Unidade Mãe - Canguru da Maternidade para acompanhar o bebê. (MORAES, 2007; CORREIA, 2007).

A prática do Método Canguru<sup>24</sup> tem o objetivo de diminuir a permanência do recém-nascido na Unidade Neonatal e até mesmo na Maternidade. A UTI é reservada aos recém-nascidos de alto risco, prematuros e/ou de baixo peso que precisam de recursos humanos e físicos especializados, por dependerem de cuidados médicos e hospitalares ininterruptos. (BILLAR, 2006; CORREIA, 2007)

O Método Canguru foi adotado pela maternidade e mais especificamente na Unidade Neonatal, no ano de 2000. Este procedimento tem contribuído para o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e bebês que nascem prematuros e no aumento da confiança e segurança dos cuidados com ele (CORREIA, 2007).

Para isso, a equipe responsável pela assistência ao recém-nascido deverá ser habilitada para promover:

- Aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo, garantindo o alojamento conjunto, desde que possível;
- Estímulo ao reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento materno e para estimular a contratilidade uterina, logo que possível;
- Garantia de acesso aos cuidados especializados necessários para atenção ao recém-nascido em risco.

Segundo a Norma do Ministério da Saúde o Método Canguru consiste em três etapas: inicia-se a primeira etapa do Método Canguru com o nascimento do bebê, havendo a necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e/ou de Cuidados Intermediários (CI), especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais na unidade e estabelecer contato pele a pele com a criança, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável. Trabalha-se o estímulo à lactação e a participação dos pais nos cuidados do bebê. A posição canguru é proposta sempre que possível e desejada. Na segunda etapa é quando existe estabilidade clínica da criança, ganha de peso regular, segurança

---

24 Segundo o Ministério da Saúde, consiste em um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (BRASIL, 2002, p.18).

materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível, o Método Canguru é realizado pelo maior período que ambos considerarem seguro e agradável. A terceira etapa ocorre com a alta hospitalar, onde o seguimento ambulatorial criterioso do bebê e de sua família é realizado. O acompanhamento do Método Canguru desde a primeira fase é realizado por uma equipe multidisciplinar capacitada na metodologia de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

Os benefícios deste Método, entre outros, são:

- Favorecimento do vínculo pais e filhos;
- Menor tempo de separação;
- Menor tempo de permanência hospitalar;
- Maior rotatividade de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e UCI (Unidade de Cuidados Intensivos);
- Controle térmico adequado;
- Melhor estímulo sensorial;
- Maior confiança nos cuidados;
- Estímulos do aleitamento materno;
- Redução do estresse;
- Melhora da qualidade do desenvolvimento;
- Diminuição da taxa de infecção hospitalar;
- Melhor relacionamento família e equipe.

Ao longo de todo o período de funcionamento da maternidade, o HU se tornou referência para a região sul na Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, permitindo a capacitação de profissionais e a participação em cursos, com o objetivo de qualificação para atuar no manejo do método.

### **3.1.3 O Serviço Social na maternidade do HU**

O Serviço Social está inserido no HU desde sua inauguração, e seu espaço profissional é reconhecido na equipe de saúde da instituição. Sua inclusão no espaço

institucional é solicitada desde a Comissão de Implantação do HU, com a intenção de oferecer ao paciente e a sua família atendimento mais global e abrangente (BILLAR, 2006).

O processo de trabalho do Serviço Social no HU segue as diretrizes políticas da instituição em relação à assistência, ensino, pesquisa e extensão, sempre na busca do conhecimento da realidade socioeconômica e cultural das pessoas que são atendidas, refletindo com as mesmas sua situação de saúde relacionada às condições de vida, através da troca de saberes para transformação do seu cotidiano (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006b).

Segundo o Planejamento do Serviço Social os objetivos da ação profissional no hospital são os de a) atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do HU; b) favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, de maneira a garantir uma abordagem multidisciplinar à pessoa atendida no HU; c) desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença; d) favorecer ao pacientes condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e sua convivência com a enfermidade; e e) favorecer ações educativas de saúde à comunidade universitária e a população atendida. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006b).

Na maternidade, o Serviço Social tem como objetivos: a) Contribuir para a efetivação de um atendimento de qualidade às mulheres e famílias durante o processo de gestação, parto e puerpério; b) A identificação de necessidades sócio-assistenciais das gestantes, mães, recém nascidos e família e o atendimento dessas necessidades na perspectiva da garantia de direitos; prestação de orientações referentes aos direitos civis e sociais; c) A articulação com os serviços institucionais e comunitários para o atendimento às demandas sócio-assistenciais; d) A realização de pesquisas relacionadas ao tema do nascimento e gestação. A formação do Assistente Social não é específica da área de saúde, mas permite aos profissionais atuarem com competência nas diversas dimensões da questão social e com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006b).

A forma como o Serviço Social está estruturado na instituição, permite ao assistente social intervenção desde a entrada do usuário no ambulatório do hospital e na sua internação, seja elas, nas Clínicas Cirúrgicas, Clínicas Médicas, UTI, Pediatria, Ginecologia e Maternidade. Desta forma, as ações do Serviço Social no HU estão alicerçadas nos eixos norteadores para as ações profissionais (MIOTO; NOGUEIRA, 2006):

Processos Sócio-Assistenciais: A intervenção está orientada para atenção direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis. As ações acontecem

privilegiadamente no contexto institucional e o processo interventivo se realiza a partir de demandas singulares, objetivando responder demandas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram neste processo ações:

- Sócio-Emergenciais: Abarca a distribuição de cestas básicas, enxovaizinhos, vale-transporte e vale-alimentação para as famílias com maior vulnerabilidade.
- Sócio-Periciais: Elaborar laudo situacional, parecer social de RN internados, e ou das famílias, para anexar no prontuário dos mesmos, ou conforme solicitação de outros profissionais internos, ou externos ao hospital.
- Sócio-Educativas: Orientações sobre alojamento no hotelzinho, acompanhamento e visitas para os recém nascidos, normas e rotinas institucionais, altas hospitalares, direitos sociais (salário maternidade, auxílio natalidade, planejamento familiar, registro de nascimento, óbitos, direitos do paciente, etc.).

Processos de Planejamento e Gestão: A intervenção consiste no desenvolvimento de ações voltadas para organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços, gestão da informação e gestão de recursos humanos.

Processos Político-Organizativos: Área de trabalho que tem como principal objeto, a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltada para o fortalecimento da sociedade civil.

O Serviço Social tem sua ação profissional pautada no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei nº 8.662 de 07/06/1993) que rege a profissão, nos princípios da universalidade, integralidade e hierarquização do atendimento, princípios do SUS, e na Lei Orgânica da Assistência –LOAS.

A interdisciplinaridade é um princípio norteador da filosofia da Maternidade, propiciando a participação e envolvimento de profissionais de diversas áreas de atuação, como Serviço Social, Psicologia, Medicina, Enfermagem e Nutrição. Todos profissionais contribuem com seus conhecimentos na busca pela complementaridade para o alcance de objetivos comuns (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a).

Para encaminhar e operacionalizar seu trabalho, o assistente social, além de dispor de várias normas e portarias, precisa se apropriar de conhecimentos de cunho legal das quais são exemplo:

- Lei nº 8.662/93 – que regulamenta a Profissão de Assistente Social;
- Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90 – SUS;

- Lei nº 8.742/93 – LOAS e seu desdobramento: Política Nacional de Assistência Social;
- Lei nº 8069/90 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- 0.741/03 – Estatuto do Idoso;
- Decreto nº 914/93 – Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência;
- Lei nº 9.263/96 – Lei do Planejamento Familiar; entre outras.

No Planejamento do Serviço Social do HU/UFSC (2006b) aponta a visão de "ser referência em Serviço Social entre os Hospitais Universitários Brasileiros". Assim, Sua missão é

Desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sob os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando ações profissionais de assistência, ensino e pesquisa em saúde com qualidade. Contribuir para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 2006b).

O Serviço Social na Maternidade do HU vem se constituindo em um serviço que contribui para uma mudança substancial no que se refere a atendimentos e ações voltadas para a área da saúde da mulher, da criança e de suas famílias no período concernente a gestação, parto e puerpério. Com o intuito de conhecer um pouco mais sobre o atendimento as mulheres e suas famílias, será abordado no item a seguir um pouco mais sobre o assunto, tentando traçar um perfil das famílias vulneráveis a fim de, com isto, ir ao encontro dos objetivos deste trabalho.

### 3.2 O PERFIL DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HU

A base filosófica e teórico-metodológica deste trabalho fundamenta-se no método crítico dialético. Sendo assim, considerando a especificidade do objeto de estudo – A ação profissional do Serviço Social na Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social – optou-se como metodologia de pesquisa a revisão bibliográfica e análise documental.

A metodologia utilizada para construção desta monografia foi a pesquisa qualitativa, que por responder a “questões muito particulares, preocupa-se [...] com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...]” (MINAYO, 1994, p. 21).

Foi realizada uma revisão bibliográfica para problematização do tema ação profissional do Serviço Social, contextualizando a trajetória histórica do fazer profissional no Brasil sua inserção na área da saúde e a definição de conceitos como família e vulnerabilidade social na contemporaneidade.

O itinerário metodológico privilegiou a análise documental dos relatórios elaborados pelo Serviço Social da Maternidade no processo de intervenção junto às famílias em situação de vulnerabilidade social. Foram analisados os relatórios realizados no período de agosto a dezembro de 2010 e que tiveram encaminhamentos para rede de proteção no mesmo período.

Optou-se realizar um recorte temporal de agosto de 2010 a dezembro de 2010, por tratar-se de período de realização de estágio, onde o processo interventivo do Serviço Social foi vivenciado de forma particularizada sob a orientação da Supervisora de Campo ou por meio de observação. Soma-se a isso o elevado número de internações na Maternidade do Hospital Universitário durante todo o ano, onde o estudo da totalidade dos casos inviabilizaria a pesquisa e a uma análise qualificada dos dados.

Os relatórios analisados centraram-se nos alusivos aos atendimentos da Unidade Neonatal, pois são deste público alvo que ficam arquivados no Serviço Social e por ser o local de experiência de estágio. O motivo dos arquivamentos apenas das entrevistas realizadas com as famílias da Unidade Neonatal e seus respectivos relatórios, deve-se ao fato que estas requerem um cuidado e um acompanhamento contínuo, pois os recém nascidos permanecem internados, em média, 15 dias na Unidade. Desta forma, a análise do perfil familiar foi nas entrevistas realizadas pelo Serviço Social e arquivadas no setor e que geraram relatórios para serem encaminhados para a rede de proteção por se encontrarem em situação de vulnerabilidade social.

Conforme a informação obtida por meio de consulta documental no Livro de Registro de Nascimentos do Centro Obstétrico do HU, no período de agosto a dezembro de 2010, houve entre partos do tipo normal e cesária 571 partos<sup>25</sup>.

Destes 571 partos, de acordo com os arquivos impressos do Serviço Social da maternidade, foram realizadas 50 entrevistas com as famílias na Unidade Neonatal, onde 11 relatórios foram realizados e encaminhados para o CRAS – Centro de Referência da

---

25 Informação obtida no dia 10 de maio de 2011.



Assistência Social, para o Conselho Tutelar, para a Unidade Básica de Saúde – UBS e para o CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas.

**TABELA 1:** Número de partos

Agosto	132 partos
Setembro	111 partos
Outubro	102 partos
Novembro	101 partos
Dezembro	125 partos
<b>Total</b>	<b>571 partos</b>

Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Como o número de internação na maternidade, foi já dito, é elevado, e por haver apenas uma profissional de Serviço Social, somada à rápida passagem das mulheres no setor<sup>26</sup>, foi criado alguns critérios para o atendimento. Priorizam-se as mulheres que entram na maternidade com gravidez de alto risco<sup>27</sup>, adolescentes grávidas, mães que não fizeram pré-natal e situações de vulnerabilidade social, como uso de substâncias psicoativas, violência física e sexual, DST/AIDS, entre outros critérios. Ressalta-se aqui, que as 11 famílias analisadas entram na totalidade destes critérios e por isso, encontram-se em situação de vulnerabilidade social.

O Serviço Social utiliza o censo diário do sistema de internação do Hospital Universitário para verificar as usuárias gestantes de alto risco, puérperas e as adolescentes. Utiliza também a leitura dos prontuários para ter acesso às informações que auxiliará no primeiro contato com a usuária. O Serviço Social obtém também estas e outras informações das usuárias na passagem de plantão da enfermagem<sup>28</sup>.

Foi por meio dos atendimentos, entrevistas e acolhimentos realizados, no período do estágio, às famílias e aos recém-nascidos atendidos na Maternidade, especificamente na Unidade Neonatal, que se percebeu um número significativo de 11 famílias em situação de

26 Nos partos normais, as altas hospitalares são, em média, de 48 horas e para partos cesáreas, as altas são de 72 horas.

27 Gestantes com hipertensão, diabetes, obesidade, entre outros.

28 A passagem de plantão, entrega de turno ou troca de turno é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com vistas a transmitir informação objetiva, clara e concisa sobre acontecimentos ocorridos durante um período de trabalho e que envolvem a assistência direta e/ou indireta ao paciente bem como assuntos de interesse institucional. Essa prática utiliza-se da comunicação como instrumento básico de enfermagem, favorecendo o compartilhamento de informações. (CAMPOS; SILVA, 2007).

vulnerabilidade social e a necessidade de compreender, dentro do processo de trabalho do Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário como é a ação profissional nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social.

Neste estudo a coleta de dados se deu por meio da análise documental das entrevistas e relatórios feitos no processo de atenção às famílias em situação de vulnerabilidade social, arquivados no Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.

A partir da coleta dados, foram elaborados quadros comparativos das 11 famílias analisadas (apêndice A), onde descreve a caracterização do perfil familiar. E a partir dos encaminhamentos feitos pelo Serviço Social para a rede de proteção podemos analisar o fazer profissional na instituição no que se refere aos atendimentos de famílias em situação de vulnerabilidade social.

Assim, com base nos dados registrados pelo Serviço Social no processo de atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade, foram categorizados os seguintes itens de análise:

➤ **Caracterização do perfil familiar:**

- Número de filhos;
- Pré-natal;
- Escolaridade dos pais;
- Faixa etária dos pais;
- Situação habitacional;
- Situação de trabalho dos pais;
- Profissão dos pais;
- Cidade onde reside;
- Cidade de origem.

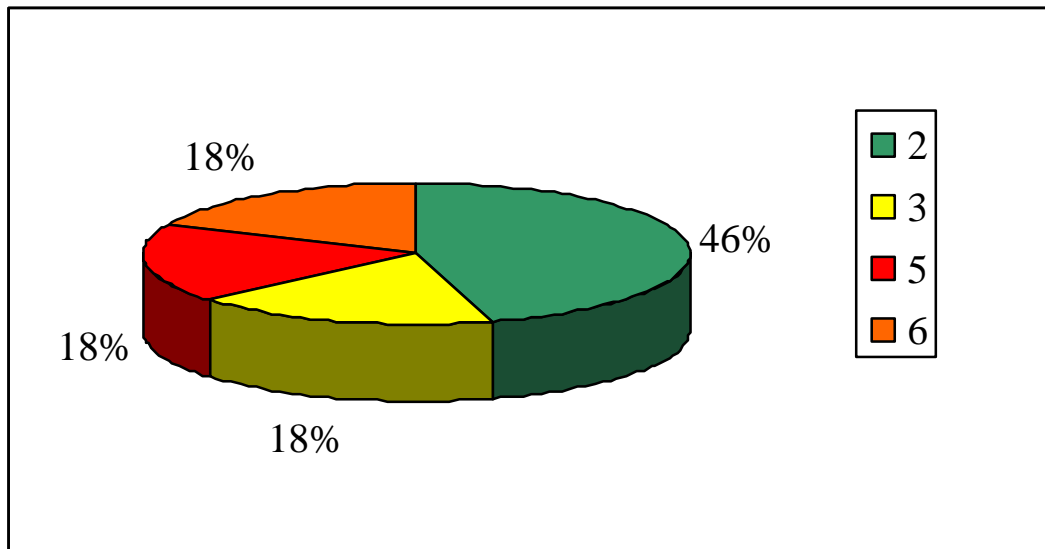
➤ **Fazer profissional do Serviço Social:**

- Encaminhamentos feitos pelo Serviço Social;
- Motivos dos encaminhamentos;
- Instrumentais técnico-operativos do Serviço Social.

Inicialmente, iremos apresentar as análises quantitativas, onde será descrita as características das famílias pesquisadas e posteriormente será apresentada a análise dos dados referentes aos encaminhamentos e o fazer profissional do Serviço Social.

### 3.2.1 Caracterização do perfil familiar

Gráfico 01: Número de filhos por família



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Analisando este gráfico podemos perceber que 45% das 11 famílias, possuem dois filhos, e 18% possuem três, cinco e seis filhos, respectivamente.

Segundo o Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina (2006), a taxa de fecundidade total passou de 3,8 filhos em 1980 para 1,8 filhos em 2002, um declínio de 52,6% de número de filhos nas famílias catarinenses. Na análise de Sarti, (2003), este fato se dá pela difusão da pílula anticoncepcional, que separou a sexualidade da reprodução e interferiu decisivamente na sexualidade feminina. Aliado a isso, coloca-se as contribuições das ciências tecnológicas, que ocasionaram melhorias urbanas, aumento da população urbana, aumento do envelhecimento da população, entre outros fatores.

Esses fatos criaram condições materiais para que a mulher deixasse de ter sua vida e sua sexualidade atadas à maternidade como um destino, recriou o mundo subjetivo feminino e, aliado à expansão do feminismo, ampliou as possibilidades de atuação da mulher no mundo social. A pílula, associada a outro fenômeno social, a saber, o trabalho remunerado da mulher, abalou os alicerces familiares, e ambos inauguraram um processo de mudanças substantivas na família (SARTI, 2003).

A vida familiar sofreu alterações de forma geral em toda a população brasileira, mudando a direção dos padrões característicos de comportamento, da cultura, das relações de trabalho, do poder aquisitivo e de crenças da sociedade. Das 11 famílias analisadas, 5 delas os filhos do primeiro casamento convivem com a família extensa, seja ela, avós, tios e até bisavós.

Inexiste um único arranjo familiar, o que interessa são os laços afetivos construídos e o apoio emocional e financeiro e nos casos onde os pais não possuem condições de criar seus filhos, a família extensa tem uma importante função de acolhimento.

Na análise de Berthold e Cerveny (1997), esta é uma fase de aquisição do ciclo vital da família em que o casal se une e forma uma nova unidade familiar. E as alterações que ocorrem nas famílias com filhos pequenos exigem mudanças para compor um modelo de família que atenda às suas demandas. Muitas dependerão de recursos ou de rede sociais de apoio para auxiliá-las a cumprir suas tarefas e conduzi-las às acomodações que irão surgir.

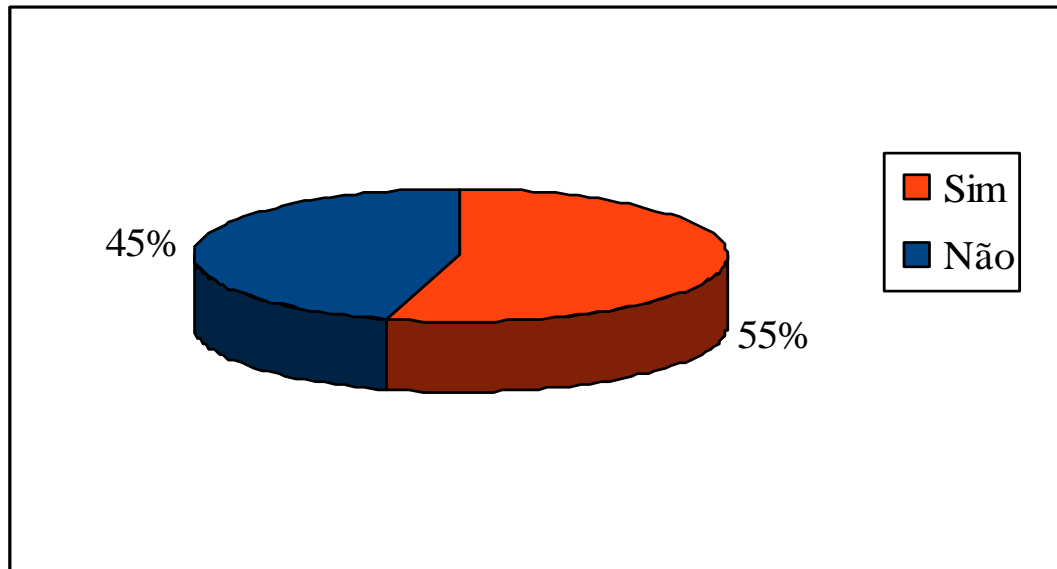
Para Fonseca (2004), os laços sanguíneos são indicadores de existência e sobrevivência para as camadas populares, pois as redes de ajuda mútua são muito importantes nas situações difíceis da vida e na frequente separação entre os casais. Assim, os parentes tem se mostrado peça importante de assistência para a vida social.

Szymanski (2002) coloca que não podemos atribuir as famílias empobrecidas a função de proteção de seus membros sem oferecer meios para isso. Deve associar políticas sociais e programas voltados para o atendimento de famílias que combinem habitação, educação, formação profissional e inserção no mercado de trabalho. No entanto, devemos estar atentos de como estas famílias são inseridas e envolvidas nesses programas, para não culpabilizá-las pelas vulnerabilidades que se encontram.

As modificações sociais, econômicas e políticas que ocorrem na sociedade, interferem diretamente na organização familiar, visto que, para atender as exigências impostas a ela, é necessário descobrir alternativas que atenda as suas necessidades e de seus indivíduos, porém, as relações sociais no âmbito familiar não são estáveis e sim conflituosas e contraditórias. Desta forma, antes de considerarmos a família como um espaço de cuidado, devemos considerar a família como um espaço a ser cuidado. De acordo com Mito (2000, p. 221), os cuidados dirigidos as famílias e aos segmentos sociais vulneráveis, “devem estar voltados para a sustentabilidade das famílias, para que elas possam de fato se constituir como espaço de cuidado, proteção e referência social”. Devem estar voltados também para o “desenvolvimento de processos de atenção às famílias que estejam vivendo situações

particulares de vulnerabilidade e propensas a desencadear situações que comprometam a qualidade de suas relações ou de vida de seus membros”.

Gráfico 02: Pré-natal



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

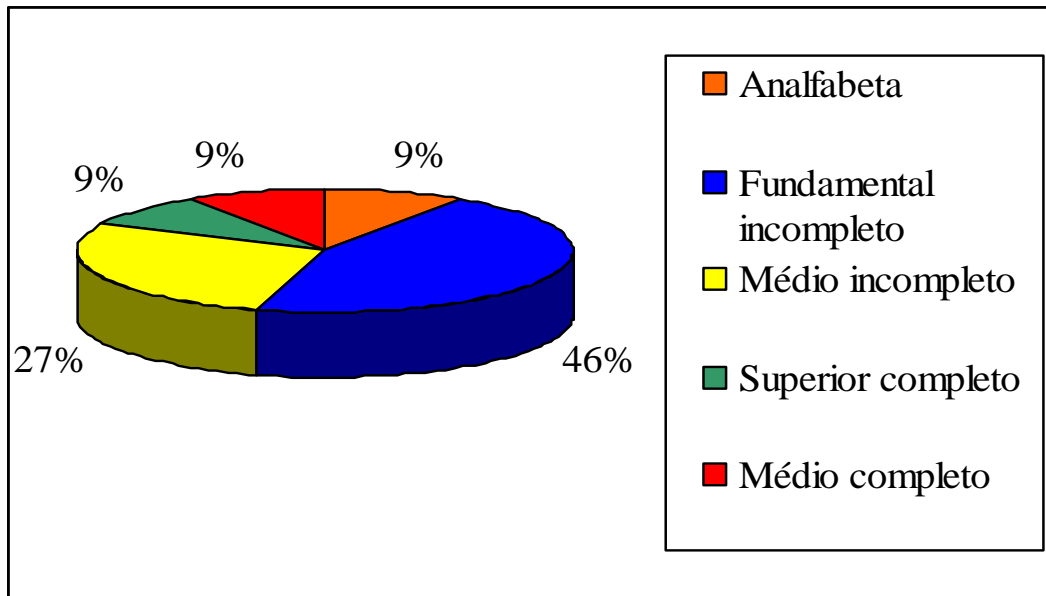
O pré-natal é importante porque é neste estágio que a mulher deverá ser orientada para que possa viver o parto de forma positiva, com menos riscos e complicações no pós-parto e mais sucesso na amamentação. É importante também para prevenir a prematuridade, onde o universo deste trabalho são as famílias atendidas na Unidade Neonatal da maternidade do HU. No gráfico 02 podemos perceber que das 11 famílias analisadas 55% das mães fizeram o pré-natal e 45% não o fizeram.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, busca concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal e adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Porém no Brasil o cuidado com a mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade dos serviços, quanto aos princípios do cuidado, ainda centrado nos moldes tradicionais de hospitais.

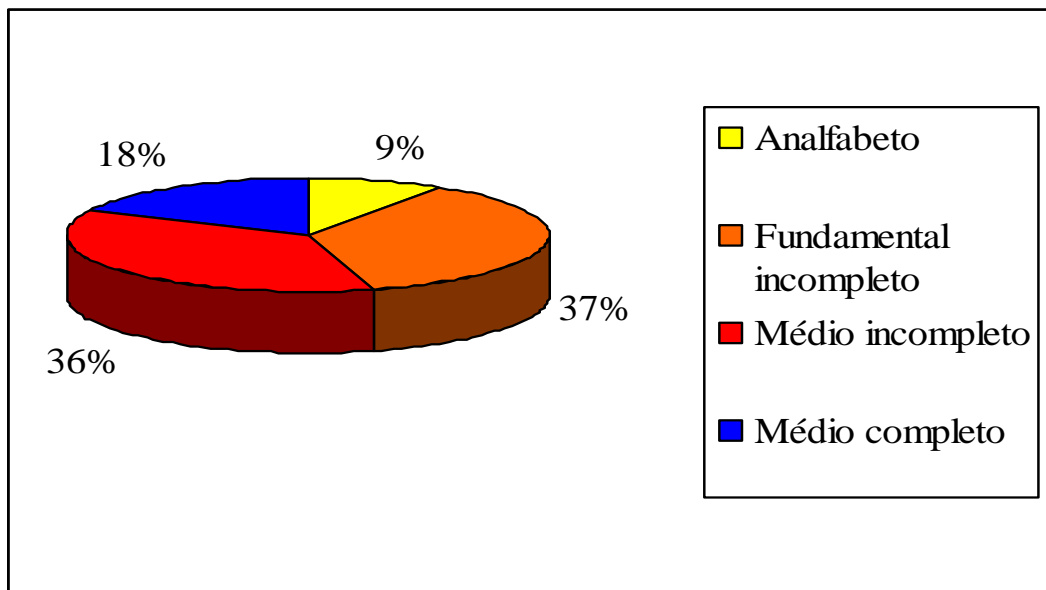
A falta de informação por parte das gestantes em relação a importância do pré-natal é um fator preocupante, junta-se a isso o despreparo de profissionais da saúde na socialização de informações básicas. Há também o desafio de assistir as camadas mais populares no que tange ao acesso a saúde e suas políticas, na qual, fatores como a baixa escolaridade, desemprego e precarização das relações sociais, vulnerabiliza ainda mais as famílias neste momento de mais um membro familiar.

Gráfico 03: Escolaridade – Mãe



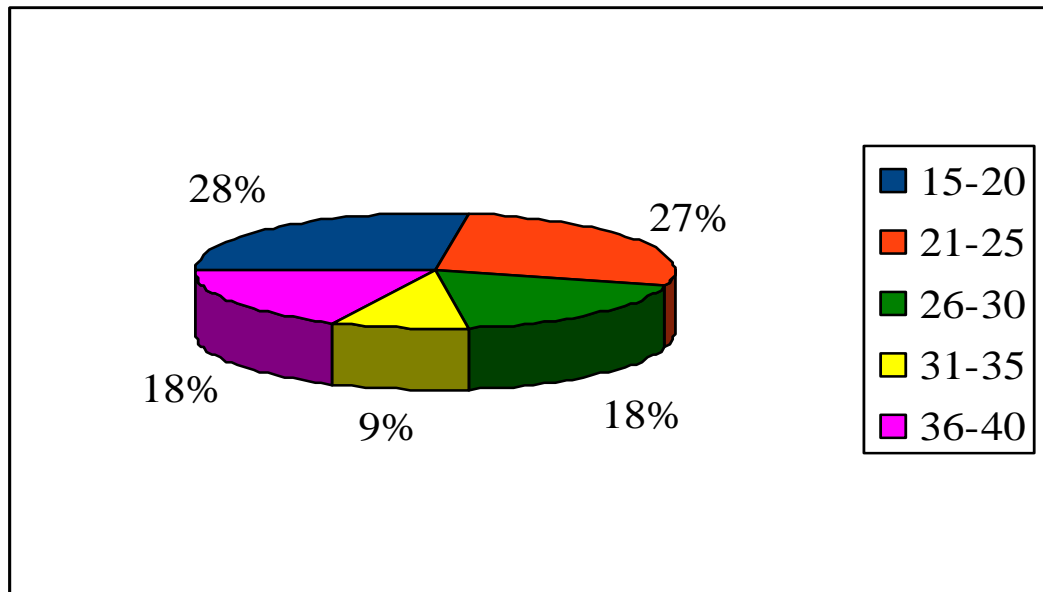
Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Gráfico 04: Escolaridade – Pai



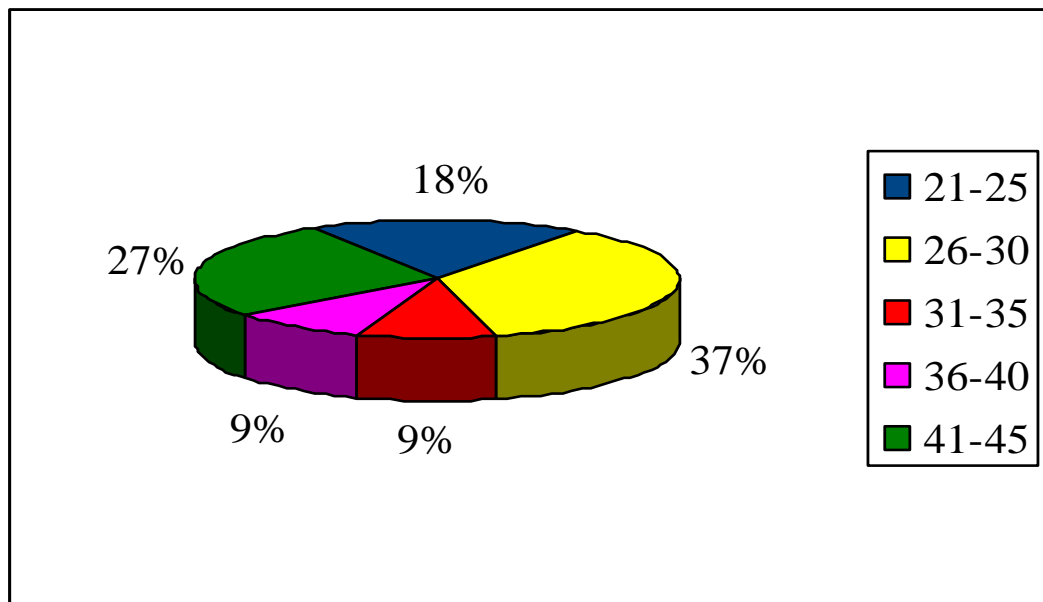
Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Gráfico 05: Faixa etária – Mãe



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Gráfico 06: Faixa etária – Pai



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

O nível de escolaridade das mães exposto no gráfico 03 mostra que 45% possuem o ensino fundamental incompleto, 27% o ensino médio incompleto e 9% são analfabetas, possuem ensino médio completo e superior, respectivamente.

Outro fator analisado nas famílias atendidas foi o nível de escolaridade dos pais. Podemos perceber no gráfico 04 que a escolaridade dos pais está equilibrada com 36% entre ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto. Das 11 famílias analisadas 18% dos pais possuem ensino médio completo e 9% são analfabetos.

No gráfico 05 a faixa de idade das mães atendidas na Unidade Neonatal é de 28% entre 15 e 20 anos, 27% entre 21 e 25 anos, 18% entre 31 e 35 e 9% entre 36 e 40 anos. Já no gráfico 06 podemos analisar que a faixa idade dos pais é de 18% entre 21 e 25 anos, 37% entre 26 e 30 anos, 9% entre 31 e 35 anos, 9% entre 36 e 40 anos e 27% entre 41 e 45 anos.

De acordo com o PES (2006), a população que estudou de 1 a 3 anos e de 4 a 7 anos representa 11% e 30,4% respectivamente e quem estudou mais de 8 anos representa 52,4% da população. Podemos perceber que o número de pais que possuem ensino médio completo na amostra está bem abaixo do nível estadual catarinense. Porém, o nível de analfabetismo em Santa Catarina é o menor entre os estados da região sul com 5%, a análise comprova esta estimativa.

O nível de escolaridade é um fator determinante para a qualidade de vida das famílias, pois está diretamente relacionada a sua inserção ao mercado de trabalho, emprego e renda.

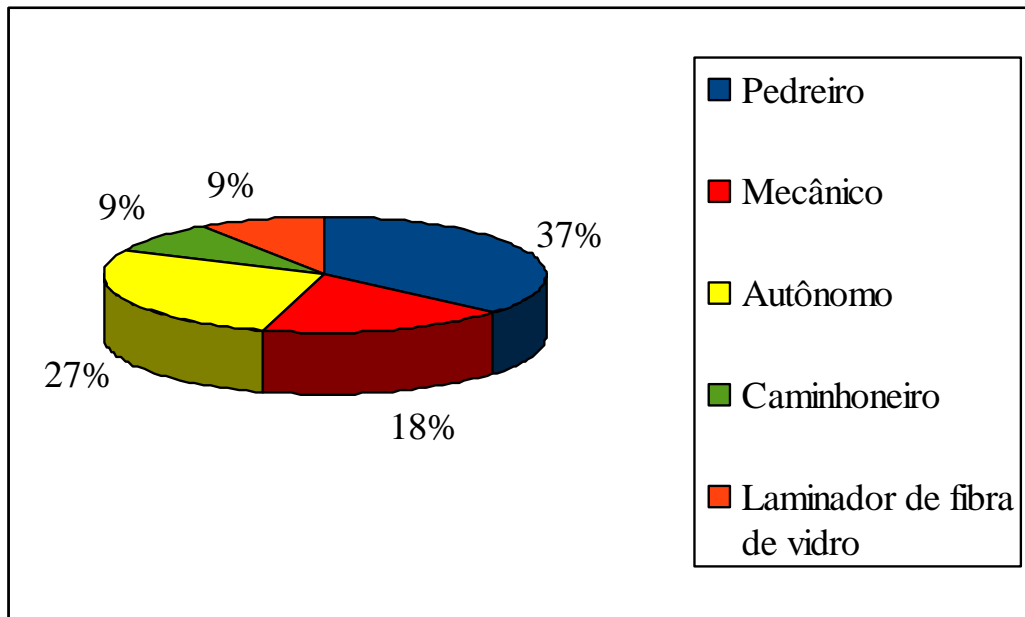
A educação é um direito estabelecido na Constituição Federal de 1988 e para que este direito se concretize, é essencial a participação da família, da sociedade e do Estado. Assim, a educação como direito, deve ser garantida a todo cidadão brasileiro para que auxilie na qualificação profissional e inserção ao mercado de trabalho.

Porém, há inúmeros motivos causadores da evasão escolar: necessidade de trabalhar para contribuir na renda familiar, deficiência de vagas nas escolas próximas à residência dos alunos, falta de recursos financeiros para custear o transporte, dentre outros. Nos casos das adolescentes, a gravidez poder ser um motivo para a interrupção dos estudos.

É certo que a baixa escolaridade vem diminuindo ao longo dos anos, devido aos inúmeros programas do Ministério da Educação, mas é preciso muito mais investimentos para que os indicadores sejam favoráveis. É necessário que haja investimentos não só na educação infantil, mas também no ensino fundamental e médio. Não podemos esquecer que a escolaridade não é um fator isolado da vulnerabilidade social, a falta de acesso aos bens de consumo e de deslocamento para a escola também contribuem para esta estimativa.



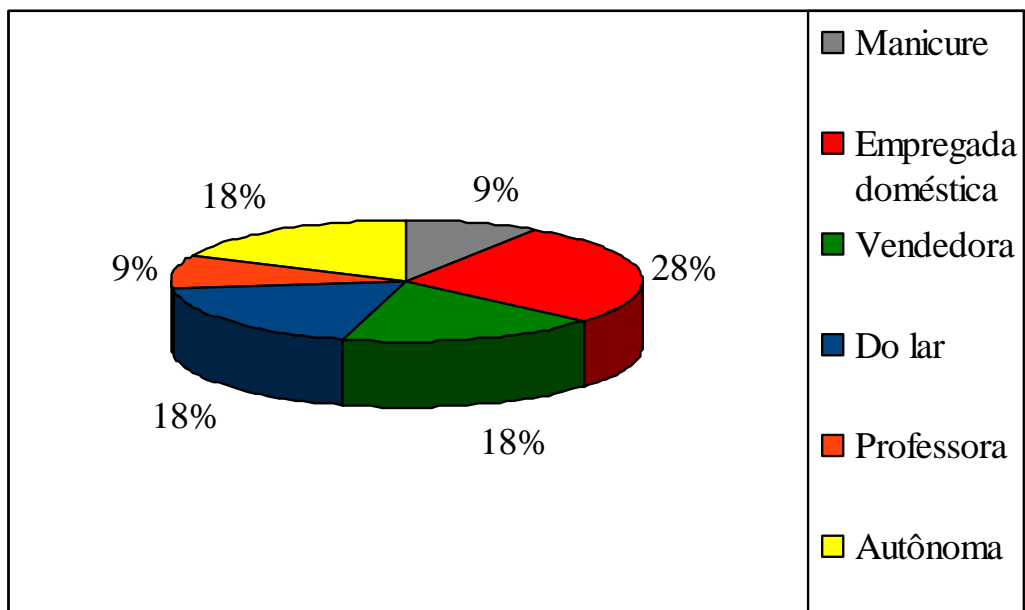
Gráfico 07: Profissão – Pai



Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.

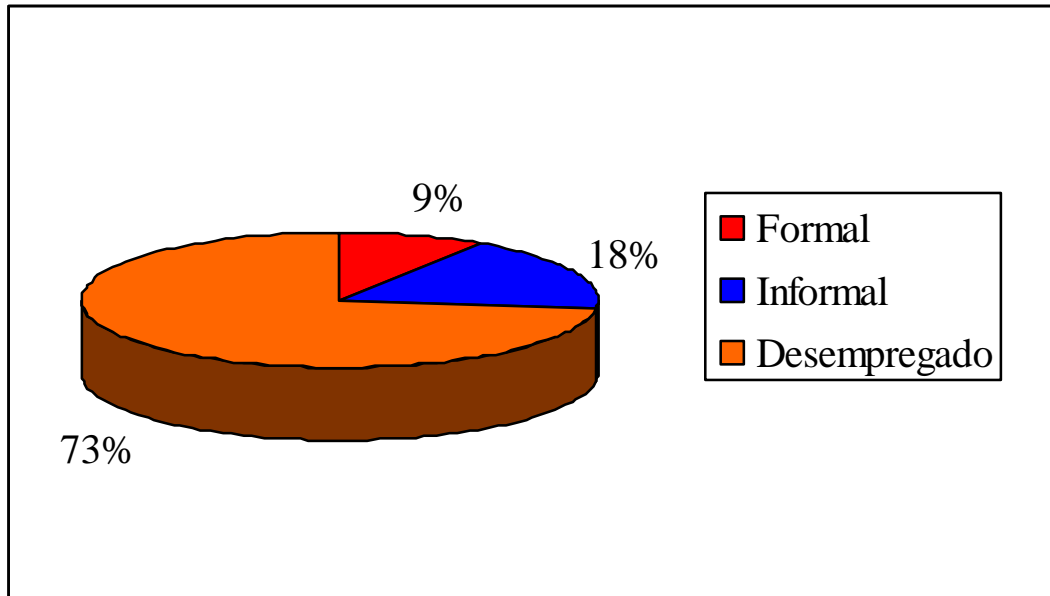
Gráfico 08: Profissão – Mãe



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.

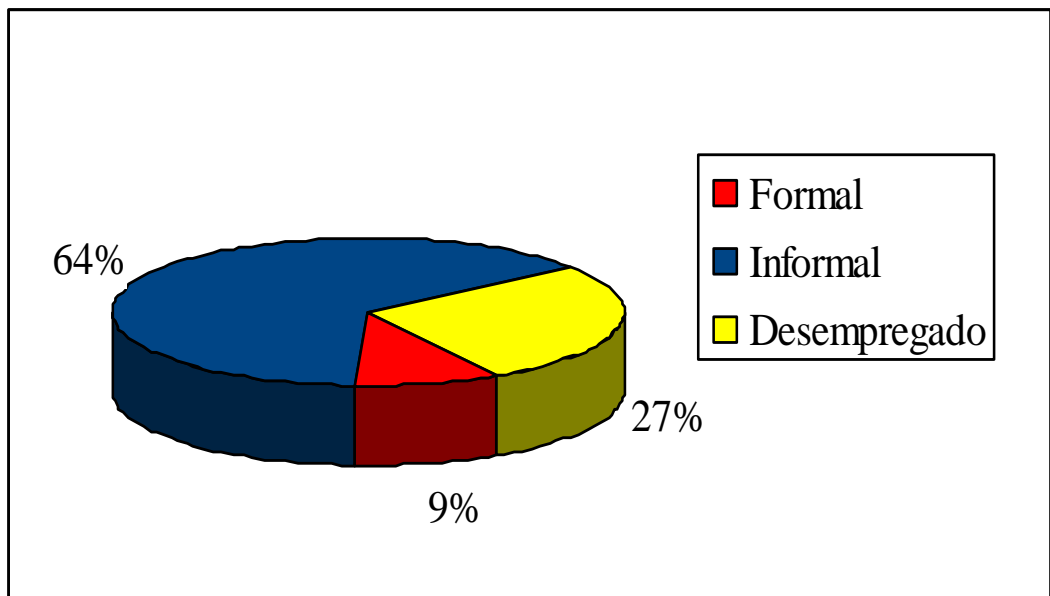
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Gráfico 09: Situação de trabalho – Mãe



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Gráfico 10: Situação de trabalho – Pai



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

O gráfico 07 nos revela que das 11 famílias analisadas, 37% dos pais possuem como ocupação, a profissão de pedreiro, 27% autônomo, 18% a profissão de mecânico e 9% de caminhoneiro e laminador de fibra de vidro, respectivamente.

No gráfico 08 nos mostra que das 11 famílias analisadas, 28% das mães são empregadas domésticas, 18% possuem como ocupação a profissão de vendedora, autônoma e do lar, respectivamente e 9% é professora e manicure, respectivamente.

Na situação de trabalho das mães, como mostra no gráfico 09, 73% estão desempregadas, 18% em trabalhos informais e apenas 9% em trabalhos formais. No trabalho formal a pesquisa apontou a seguinte função para situação de trabalho da mãe: empregada doméstica e informal: vendedora e manicure.

No gráfico 09, situação de trabalho do pai, podemos perceber que 64% possuem emprego informal, 27% estão desempregados e apenas 9% possuem emprego formal. No trabalho formal a pesquisa apontou a seguinte função para a situação de trabalho dos pais: caminhoneiro. Já no trabalho informal apontou a seguinte função para a situação de trabalho: Laminador de fibra de vidro, mecânico, autônomo e pedreiro.

O trabalho informal, que na pesquisa aparece com 18% para as mães e 64% para os pais, têm crescido demasiadamente em todo o país. Esta amostra denuncia um fator preocupante relacionado à instabilidade no emprego, visto que no perfil familiar a maioria dos pais atendidos são trabalhadores autônomos que não contribuem para a previdência social, fator que aumenta a vulnerabilidade social familiar.

A escolaridade baixa contribui para a desqualificação profissional, não atendendo as exigências do mercado de trabalho, levando a população trabalhar informalmente, como revela a amostra.

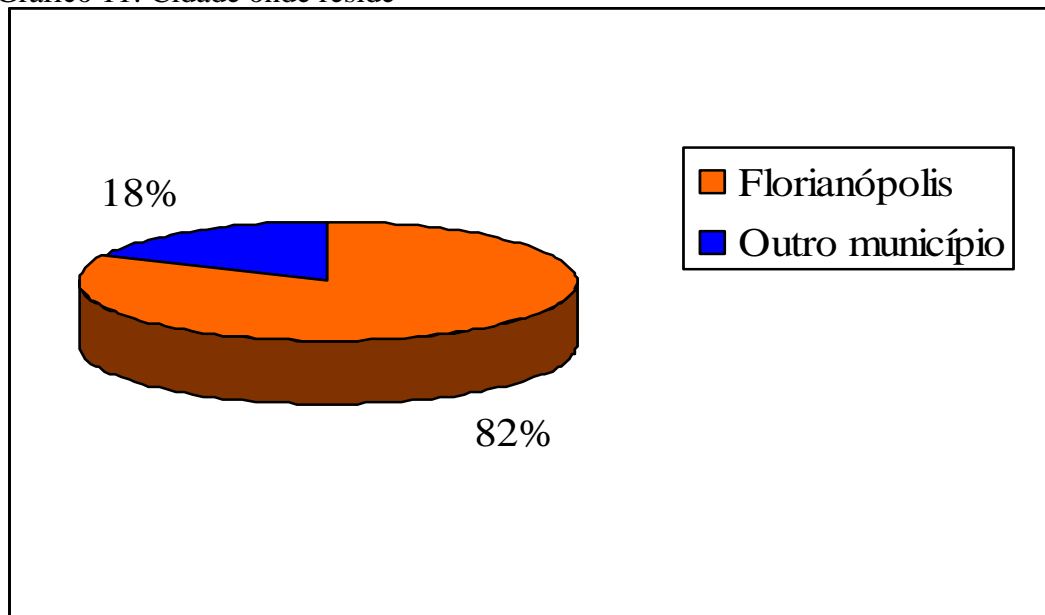
Outro fator mostrado nesta análise é o elevado número de desempregados, 73% para as mães e 27% para os pais. O nível elevado de desemprego pode ser justificado pelo fato de que as mães precisam deixar seus empregos para cuidar de seu(s) filhos(s), e dos pais por não conseguirem inserção no mercado de trabalho, como já foi exposto. Esta análise nos mostra que é preocupante a saída da mulher do mercado de trabalho, pois diminuirá a renda familiar, aumentando a vulnerabilidade da família.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, a desregulamentação e a flexibilização da economia exigiriam habilidades nem sempre disponíveis para os segmentos populares, como conhecimentos em informática e línguas estrangeiras, isso em contexto de diminuição dos postos de trabalho para grande parte da população. Há também a centralidade que o trabalho possui nas vidas das pessoas, seja como meio de sobrevivência individual e, muitas vezes, de suas famílias, ou mesmo como a forma de atingir a independência financeira necessária. Este fator contribui para a desistência do estudo e para a desqualificação profissional. (ABRAMOVAY; CASTRO, 2002)

Os trabalhos informais podem ser caracterizados como um conjunto de atividades econômicas consideradas "inferiores", geralmente organizadas de forma autônoma e que ocupavam indivíduos que haviam perdido empregos formais ou que não tiveram oportunidades de inserção no mercado de trabalho. Assim os trabalhos informais muitas vezes surgiram como alternativas de sobrevivência por terem sido expulsos do mercado de trabalho capitalista buscavam a informalidade para fazer frente ao desemprego completo. Muitos dos trabalhadores se submetem a trabalhos precários, jornadas de trabalhos excessivas e uma renda salarial baixíssima por não terem outra oportunidade, devido a baixa escolaridade e qualificação profissional (AZEVEDO, 1985).

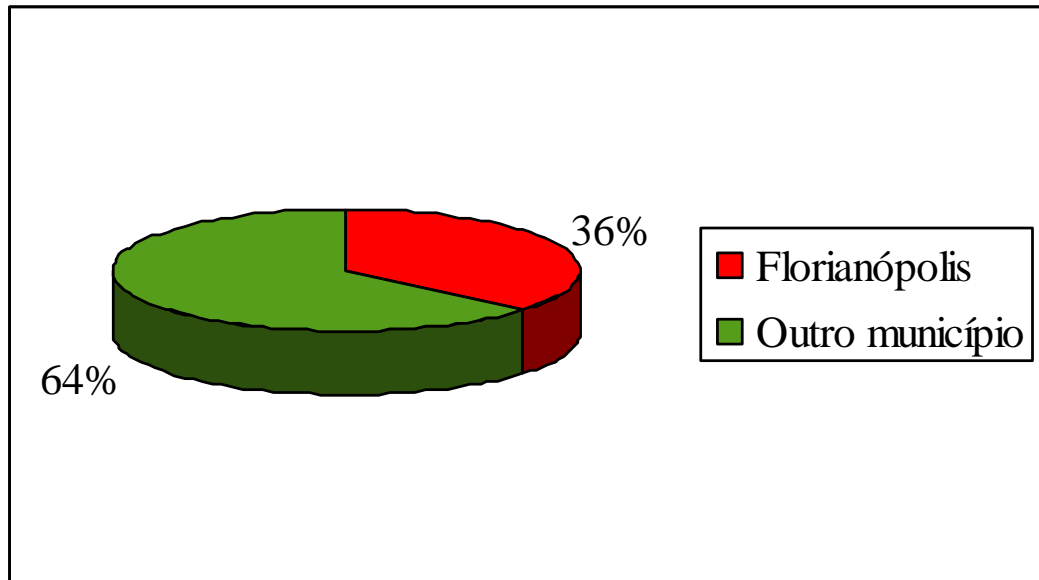
A não inserção no mercado de trabalho por pouca ou nenhuma escolaridade leva o trabalhador encontrar alternativas para obter renda para seu sustendo e de sua família. Muitos trabalham em subempregos, como diarista, catador de papel entre outros para sobreviver e satisfazer suas necessidades básicas.

Gráfico 11: Cidade onde reside



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Gráfico 12: Cidade de origem



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Das 11 famílias analisadas, 82% moram em Florianópolis e 18% em outro município. Esta amostra nos revela que as maiorias das famílias atendidas na maternidade do HU são de procedência da Grande Florianópolis, fator que facilita o deslocamento em comparação aos 18% que vem de outras cidades para serem atendidos no HU.

O gráfico 07 nos mostra que a cidade de origem das famílias analisadas é de 36% de Florianópolis e de 64% de outro município.

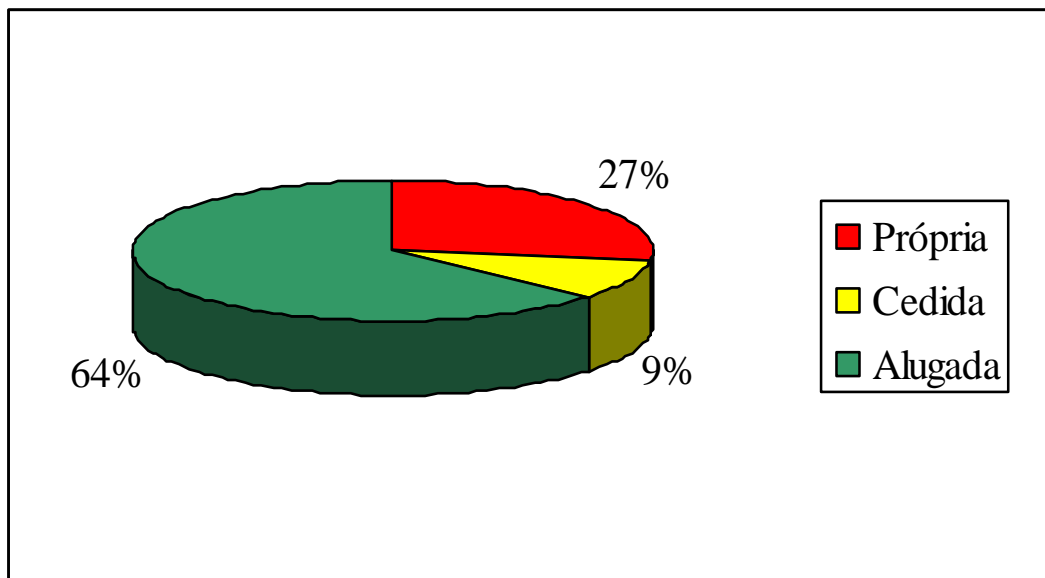
Segundo o PES (2006) é realizado na capital 26% dos serviços de média complexidade e 92% dos serviços de alta complexidade, o que explica a diferença da distribuição dos serviços no Estado e a vinda de famílias de outro município para atendimento na grande Florianópolis. Fator que também explica a vinda de famílias do interior do Estado para a grande Florianópolis em busca de acesso a saúde, melhores condições de trabalho e por melhores condições materiais de vida.

A maioria das famílias atendidas na maternidade do HU passa dificuldades econômicas e emocionais, por terem que ficar pelo menos dois dias no hospital. No caso das 11 famílias analisadas todas tiveram seus bebês internados na UTI Neonatal. Este fato compromete tanto a rotina dos filhos que ficam em casa com o pai ou com a família extensa, da mãe que tem que ficar no hospital e do pai que precisa faltar ao trabalho para dar conta da nova realidade familiar. Este quadro se agrava quando as famílias são de outras cidades, pois

há também a preocupação com o descolamento da família até o hospital, alimentação e estadia do acompanhante da mãe e a falta que os entre queridos fazem.

Desta forma, independente da cidade, a família precisa de organização para a internação de um membro no âmbito hospitalar, fato que fragiliza e vulnerabiliza a rotina da família.

Gráfico 13: Situação habitacional



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Na amostra situação habitacional 64% das famílias analisadas residem em casa alugada, 27% em casa própria e 9% em casa cedida.

De acordo com o censo de 2010 do IBGE, em dez anos, cresceu em quatro pontos percentuais a proporção de casas alugadas no Brasil. Em 2000, 14% dos domicílios pesquisados eram alugados. Em 2010, passaram a 18%. Esse percentual representa 10,5 milhões de casas de aluguel. O percentual de casas próprias teve uma ligeira queda: eram de 74% em 2000 e variou levemente para 73% em 2010. Em números absolutos, isso significa 42 milhões de casas próprias. Também caiu a porcentagem de casas onde as pessoas moram de favor ou em troca de serviços (residências cedidas por parentes ou empresas). Em 2000, eram 10% de casas cedidas. A quantidade foi reduzida para 8% em 2010.

O total de domicílios considerados na pesquisa do IBGE em 2000 foi de 44,8 milhões. Em 2010, esse número cresceu para 57,3 milhões. Esses dados levam em conta os domicílios particulares permanentes. Segundo o IBGE, isso significa casas construídas a fim

de servir exclusivamente para habitação e que, na data da pesquisa, tinham a finalidade de moradia para uma ou mais pessoas.

A análise do gráfico 13 revela também que mais da metade (64%) das famílias analisadas pagam aluguel e parte da renda familiar é destinada ao pagamento da moradia. Fato que comprova o censo de 2010 no aumento de casas alugadas.

Esta análise se agrava mais quando as mães precisam deixar o trabalho para cuidar dos seus filhos, pelo escasso acesso a educação infantil, comprometendo a qualidade de vida familiar. Esta realidade foi descrita na Seção I, subitem 2.3.2, onde analisamos os Aspectos conceituais sobre a vulnerabilidade social sendo reflexo da conjuntura econômica atual, onde a família é responsabilizada pelo cuidado de seus membros.

Desta forma, a vulnerabilidade social pode ser caracterizada pelo falta de acesso a determinados insumos como educação, habitação, trabalho, saúde, entre outros, que dificultam as possibilidades de conquista e aperfeiçoamento desses recursos que são fundamentais para que a população aproveite as oportunidades oferecidas pelo Estado, pelo mercado e pela sociedade para subir socialmente (ABRAMOVAY; PINHEIRO, 2003). Pode ser entendida também como dano ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade, como exclusão pela pobreza, como o não acesso políticas públicas; como a inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; como estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar riscos pessoal e social. (PNAS, 2004).

Na análise de Carvalho e Iamamoto, (2001, p. 77) é necessário entender, antes de tudo, como o capital produz e explora a força de trabalho de que necessita nas economias subdesenvolvidas. A contradição entre a produção e apropriação da riqueza gerada socialmente pelo trabalhadores é denominada questão social. “A questão social é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”.

Para Machado (1990, p. 43) “a contradição entre a lógica do capital e a lógica do trabalho, representa não só as desigualdades, mas, também, o processo de resistência e luta dos trabalhadores”. Neste sentido a questão social é uma categoria que reflete a luta dos trabalhadores, da população excluída e subalternizada, na luta pelos seus direitos culturais, sociais, políticos e econômicos.

Os trabalhadores que vivem diariamente ameaçados por situações sociais adversas, o acesso a uma casa pode representar a diferença entre a possibilidade de se manter nos

segmentos da classe trabalhadora ou se transformar em um morador de rua ou naquele trabalhador que não deu certo, muitas vezes visto como vagabundo (PAIVA, 2008).

### **3.2.2 Fazer profissional do Serviço Social**

O processo de trabalho realizado pelo Serviço Social, busca sempre considerar, na perspectiva do conceito ampliado de saúde, os aspectos sociais que envolvem o nascimento de um filho. Os problemas sociais vivenciados pelas pessoas podem assumir dimensões complexas, como a falta de planejamento familiar, subempregos, renda insuficiente, condições de moradia inadequadas.

Para que o fazer profissional do assistente social seja eficaz e eficiente, atendendo os objetivos propostos pelo Serviço Social do HU, como vimos na Seção II, subitem 3.1.3 O Serviço Social na maternidade do HU, nos atendimento às famílias na Unidade Neonatal utilizou-se de alguns instrumentais técnico-operativos, como o acolhimento, entrevista, relatórios, encaminhamentos, observação e orientações.

No processo de trabalho do Serviço Social na Unidade Neonatal, foram feitas reflexões acerca dos instrumentais técnico-operativos e analisando a sua utilização podemos dizer que os instrumentais técnico-operativos é um:

Conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem 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 a técnica, a habilidade no uso do instrumental. Disso decorre que o espaço da criatividade no uso do instrumental reside exatamente no uso da habilidade técnica, portanto, reside no agente. Decorre também que o instrumental não é nem o instrumento nem a técnica isoladamente, mas ambos, organicamente articulados em uma unidade dialética (entrevista, relatório, reunião, observação participante etc.) (MARTINELLI; KOUMROUYAN, 1994, p. 137)

No primeiro contato com as usuárias e suas famílias, o Serviço Social tenta criar uma abordagem voltada para o acolhimento, identificando as necessidades da usuária, do recém nascido e sua família, bem como para construção de vínculos usuária e profissional. Quando se identifica alguma necessidade, negligência, violência ou situação de vulnerabilidade social, realiza-se uma entrevista a fim reconhecer a realidade com mais profundidade e dessa forma possibilitar uma orientação ao o acesso das famílias às Políticas Públicas ou encaminhamento aos programas sociais. Foram através do acolhimento com as 11 famílias atendidas na Unidade Neonatal que tivemos acesso às demandas trazidas pelas mesmas.



O acolhimento proporciona construção e aumento do vínculo usuário e profissional sendo eficaz para assegurar o acesso aos serviços de saúde e a rede de proteção social. Segundo Chupel (2008, p. 46):

O acolhimento é um elemento essencial para a reorganização dos serviços de saúde, ou seja, da forma como estes serviços são oferecidos. [...] esta reorganização seria oriunda, primeiro, da modificação do foco de atendimento, que passa a ser o usuário e suas necessidades; segundo, porque, quando o usuário se torna o centro da intervenção, é possível que o princípio da integralidade seja cumprido, uma vez que é neste contexto que podem ser utilizadas práticas que contemplem este princípio, dentre elas o trabalho multiprofissional, a garantia do acesso, a resolutividade e a humanização. É assim que é criado um novo fluxo e uma nova dinâmica de atendimento.

Tanto nos acolhimentos como nas entrevistas realizadas pelo Serviço Social, são socializadas informações referentes aos direitos sociais e benefícios sociais, articulação com a rede de apoio e com a rede de proteção, como podemos analisar no gráfico 14. Também é feito uma reflexão das situações mais complexas, com a usuária e sua família, como adoção, uso de drogas, violência física e sexual, pensão alimentícia, retorno aos estudos, reconhecimento da paternidade, entre outros.

A informação, o diálogo e a reflexão entre assistente social e usuários e as famílias, fortalecem o processo de mudança da realidade destas pessoas, pautada na direção da ampliação dos direitos e na efetivação da cidadania. Essa ação permite tornar visível, para os usuários, a estrutura dos serviços de saúde e os profissionais que atuam na maternidade, permitem também perceber a realidade e o significado das políticas sociais, especialmente a política de saúde, explicitando os meios e as condições de acessá-las (DALPRÁ, 2003).

A identificação das demandas e seus respectivos encaminhamentos são efetivados quando são realizadas as entrevistas que, de acordo com Sarmiento (1994, p. 289):

A entrevista é um instrumento utilizado quando há interesse de desenvolver um trabalho em que é necessário priorizar um atendimento individual, aprofundar um determinado conhecimento da realidade humano-social.

A entrevista permite que o assistente social contextualize a situação do usuário, compreenda as relações que evidencie a sua realidade, bem como o motivo que originou o processo de entrevista. Para Sarmiento (2005, p 36) este processo de conhecer o usuário e sua família estabelece “um diálogo que vai se realizando à medida que vamos desvelando o real, o concreto, e também ampliando a consciência do entrevistado e do assistente social”. Ou segundo definição do CRESS:

“A entrevista é o momento em que o acolhimento do Assistente Social se efetiva junto ao usuário recém internado; ela se constitui em um

processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Além da coleta de informações, é também um momento de dinamização do diálogo entre dois sujeitos.” (CRESS, 2005, p.22).

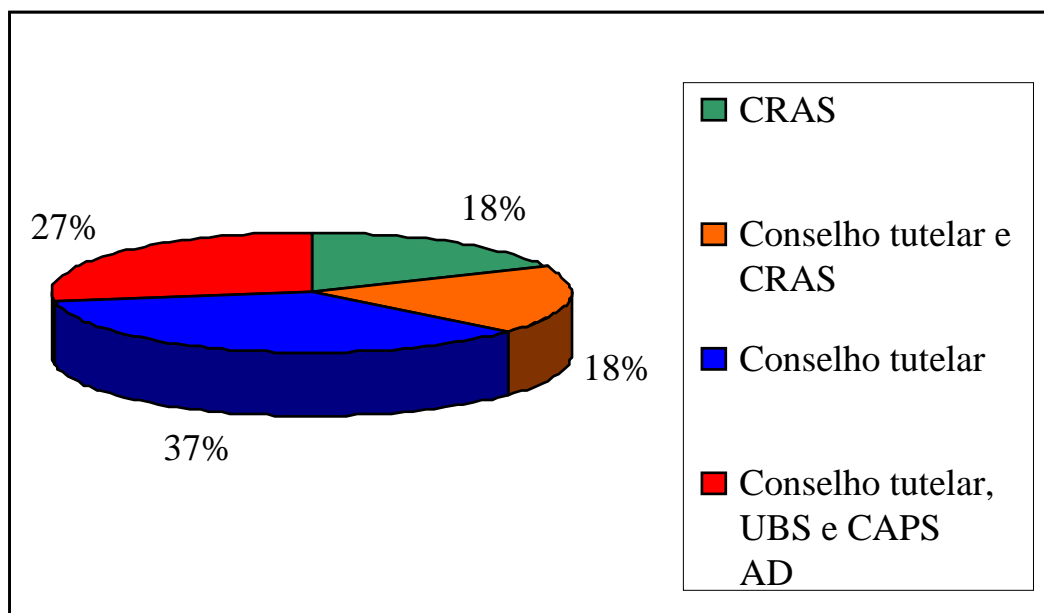
Foram por meio das 50 entrevistas realizadas com as famílias da Unidade Neonatal que evidenciamos que 11 delas se encontravam em situação de vulnerabilidade social e que era necessária uma intervenção mais complexa dentro da realidade de cada família.

Nas situações onde as famílias se encontram por algum motivo em situação de vulnerabilidade social, seja por desemprego ou baixa renda familiar, o Serviço Social encaminha-os para o CRAS – Centro de Referência da Assistência Social de sua região, para que esta instituição possa incluí-los em algum programa social.

Como podemos perceber no gráfico 14, encaminhamentos feitos pelo Serviço Social para a rede de proteção, foram 37% dos 11 encaminhamentos para o Conselho Tutelar, 27% para Conselho Tutelar, Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS AD e Unidade Básica de Saúde, 18% para o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS e Conselho Tutelar e 18% apenas para CRAS.

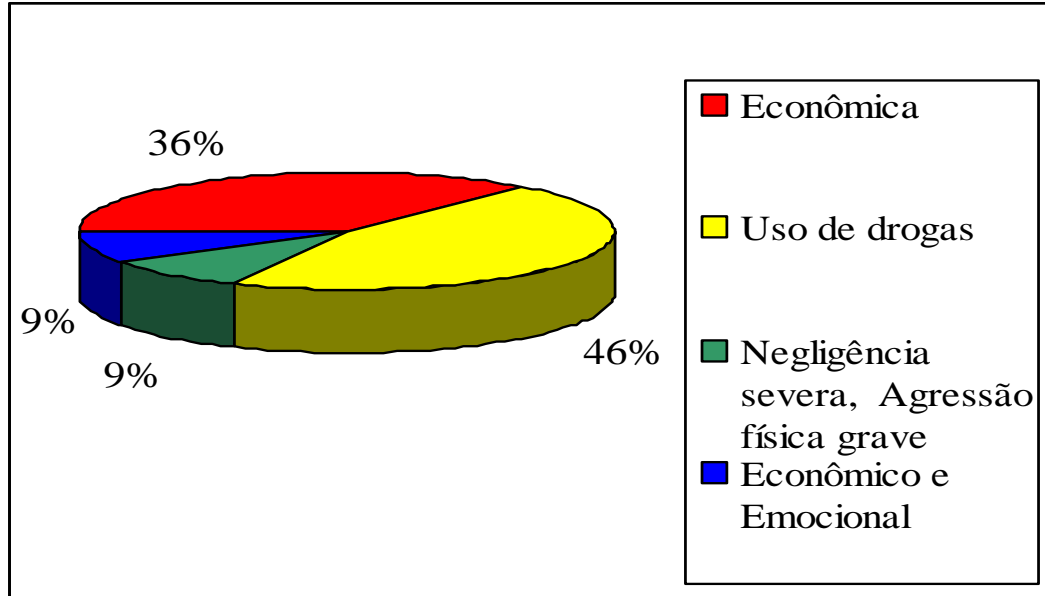
Já o gráfico 15, os motivos dos encaminhamentos feitos pelo Serviço Social foram 45% por uso de drogas, 36% por questão econômica, 9% por negligência severa, agressão física grave e 9% por questão econômica e emocional. Esses fatores evidenciam a vulnerabilidade social das famílias e também o elevado índice de encaminhamentos para o Conselho Tutelar, no sentido de proteger integralmente a criança e o adolescente.

Gráfico 14: Encaminhamentos feitos pelo Serviço Social



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

Gráfico 15: Motivos dos encaminhamentos



Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.  
Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

O Centro de Referência da Assistência Social têm o objetivo de inclusão em programas sociais e cursos profissionalizantes, bem como questões sócio-emergenciais, visto que 18% dos encaminhamentos são para este órgão e 36% das famílias analisadas possuem vulnerabilidades sócio-econômicas. Esta análise pode ser justificada pelas transformações que ocorreram na sociedade contemporânea por causa do avanço da política neoliberal e que refletiram diretamente na dinâmica familiar, causando o empobrecimento e fragilização da população. A pobreza, causada pela má distribuição de renda, está associada à vulnerabilidade dos membros familiares.

Nas questões sócio-emergenciais, o Serviço Social encaminha-os para o CRAS para o fornecimento de auxílio transporte, pelo deslocamento à maternidade, cesta básica entre outros. Mas há situações de urgência onde o Serviço Social do HU disponibiliza também cestas básicas, auxílio transporte, roupas, medicamentos, entre outros, sempre com o auxílio da Associação Amigos do HU.

Nas situações onde se identifica violação de direitos ou situações que sugerem risco para a proteção de crianças e adolescentes, o Serviço Social encaminha relatórios para o Conselho Tutelar, informando a situação e solicitando que este órgão atenda e avalie a

situação para realizar as medidas de proteção. No gráfico 14 nos mostra que 37% dos encaminhamentos feitos pelo Serviço Social, foram para o órgão.

A falta de alternativas de trabalho, a exposição à violência, a participação ativa em atos violentos e em tráfico de drogas, são marcas de uma geração e uma realidade na vida da população vulnerável social e economicamente do Brasil. O ambiente na qual a violência seja física, moral ou psicologia, deixou de ser um componente de excepcionalidade e se difundiu a tal ponto que se naturalizou, banalizou-se, passando a ser elemento comum no cotidiano das populações de baixa renda. A violência doméstica é um fator preocupante, visto que das 11 famílias, 9% foram encaminhadas para o Conselho Tutelar por negligência severa e agressão física grave.

O uso de drogas pelos pais consome 45% dos encaminhamentos para Conselho Tutelar, que tem como objetivo a proteção integral de crianças e adolescentes, para a Unidade Básica de saúde para acompanhamento médico e se o usuário consentir há encaminhamento para o Centro de Atendimento Psicossocial para ele e sua família, com o intuito de atender as pessoas dependentes de substâncias psicoativas e seus familiares. O consumo de drogas como o álcool é mais frequente por ser legalmente aceita em todos os meios sociais. Já as drogas ilegais como maconha, cocaína e crack o seu consumo se dá por influência de terceiros, ou por descontentamento da vida, seja pelos motivos de ausência ou precarização do trabalho, baixa remuneração, conflitos familiares. O próprio ambiente de exclusão social a que estão submetidas às comunidades em que vivem a maior parcela da população, o uso e até o tráfico de drogas é uma via para a satisfação de aspirações de consumo para a qual a sociedade não oferece meios de superação (ABRAMOVAY; CASTRO, 2002)

Há também a relação entre Estado e família, como abordado na Seção I, subitem 2.3.2 – Aspectos conceituais sobre a Vulnerabilidade Social, onde esta relação conflituosa repassa a responsabilidade e o cuidado dos membros familiares para família. O Estado coloca na família uma sobrecarrega quando reduz suas intervenções na área social, e esta por não responder as demandas de seus membros, torna-se vulnerável econômica e socialmente.

Os encaminhamentos para o Conselho Tutelar, Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, Unidade Básica de Saúde e para o Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS AD são feitas por meio de relatórios. A utilização dos relatórios pelo Serviço Social na instituição se dá “no sentido de expor o trabalho realizado e as informações adquiridas durante a execução de determinada atividade”. (SOUSA, 2008, p. 131). O objetivo desta ação é informar a violação de direitos ou situações que sugerem risco

social, e encaminhá-las ao órgão responsável para que atenda e avalie a situação, realize encaminhamentos à rede de proteção ou a aplicação de medidas de proteção.

A observação é o ponto chave para o aprendizado do exercício profissional dos assistentes sociais. É através da observação que aprimoramos nosso olhar crítico e percebemos como as coisas realmente são, e aliado a isso devemos sempre ter “uma postura treinada e assídua” para compreender o que a observação nos revela. (SARMENTO, 2005 p. 23).

No processo de observar, podemos dizer que a escuta é de grande importância para se ter uma concepção do sujeito como portador de direitos, deixando a pessoa confiante para falar sobre as situações problemáticas, suas dúvidas, anseios e angústias.

Nas situações de vulnerabilidade social das famílias dos recém nascidos internados na Unidade Neonatal, o olhar mais atento a postura que cada família possuía entre seus membros, e diante as situações adversas contadas no momento da entrevista, o instrumental observação foi de primordial importância na identificação das demandas trazidas pelas famílias, tanto as faladas para o profissional de Serviço Social, como as demandas silenciosas e quase indecifráveis.

Nossas percepções e olhares devem ser críticos, apurados, atentados não só ao que o usuário diz, mas ao que ele não diz. Sarmiento (2005, p. 23) coloca que “é importante observar, seus silêncios, suspiros e expressões do olhar”.

Na maternidade do Hospital Universitário, todas as entrevistas feitas na Unidade Neonatal são registradas no sistema de internação do Hospital. A prática é feita para sistematizar as entrevistas feitas com as usuárias e suas famílias, no sentido de registrar e documentar o processo de trabalho dos assistentes sociais. O registro possibilitou a execução desta pesquisa nas entrevistas e relatórios feitos pelo Serviço Social no HU.

Para Sousa (2008, p.129) este processo de registro:

É um conhecimento prático que se produz, e que não se perde, garantindo visibilidade e importância à atividade desenvolvida. E mais: sistematizar a prática e arquivá-la é dar uma história ao Serviço Social, uma história ao(s) usuário(s) atendido(s), uma história da inserção profissional do Assistente Social dentro da instituição – é essencial para qualquer proposta de construção de um conhecimento sobre a realidade social.

O exercício profissional prevê competências teórico-práticas, ético-políticas, técnico-operativas para exercer no seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. O fazer profissional deve ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da

realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes, passíveis de serem executadas. Iamamoto (2000, p. 145) destaca que

a afirmação de um perfil profissional propositivo requer um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente. Capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social contemporâneo, em que “tudo que é sólido, desmancha-se no ar”. Profissional que, também seja um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural, e no acompanhamento histórico-conjuntural dos processos sociais, para deles extrair potenciais, propostas de trabalhos, ali presentes como possibilidades, transformando-as em alternativas profissionais.

Na análise de Sousa (2008), as três dimensões de competências – teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa – devem ser de domínio do assistente social e que não devem ser desenvolvidas separadamente. Não há possibilidade de separar teoria da prática, pois não há como compreender a totalidade e a realidade do usuário se não existir o conhecimento teórico por parte do profissional.

De acordo com Iamamoto (2004), na dimensão Competência ético-política – o profissional tem que ter posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual será o norte da sua prática. Isso sugere adotar valores ético-morais que sustentam a seu fazer profissional, valores esses que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, Na dimensão Competência teórico-metodológica – o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, é necessário que o assistente social vislumbre a dinâmica da sociedade para além das aparências, buscando apreender seu movimento, sua essência e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais. E na dimensão Competência técnico-operativa – o profissional deve criar um conjunto de habilidades técnicas que permita o profissional desenvolverem as ações profissionais junto à população usuária, garantindo assim, uma inserção qualificada no mercado de trabalho.

Os profissionais de Serviço Social no Hospital Universitário são orientados e norteados por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação a Profissão – Lei 8.662/93 e nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde que devem ser observados e respeitados, tanto pelas (os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

Pautado nos Princípios Fundamentais do Código de Ética o Serviço Social no Hospital Universitário:

- Reconhece a liberdade, a autonomia, a emancipação como essenciais aos indivíduos sociais;
- Considera como compromisso a ampliação e consolidação da cidadania, sempre baseado nos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora;
- O compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população, sempre aprimorando sua competência profissional através de cursos e capacitações dos profissionais;
- O fazer profissional do Serviço Social nos atendimentos é sempre direcionado para atendimentos igualitários, sem discriminar raça, etnia, religião, opção sexual, idade, condição social e física.

A Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8662/93) que dispõe sobre o exercício profissional, suas competências e atribuições privativas, e os fóruns, que têm como objetivo disciplinar e defender o exercício profissional, acompanhados e fiscalizados pelo CFESS e CRESS. A implantação desta lei proporcionou um amplo debate pelos assistentes sociais brasileiros, institucionalizando o processo democrático de deliberações coletivas referentes a questões específicas da profissão (ALVES, 2008).

Os assistentes sociais precisam ter clareza do artigo 4º e 5º que se referem às competências as atribuições contidas na Lei de Regulamentação da Profissão, para estabelecer prioridades, pois a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social e que pense nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica. Nessa perspectiva, as ações desenvolvidas devem atravessar o caráter emergencial e burocrático para ter uma direção sócio-educativa através da reflexão das condições sócio-históricas dos usuários e um a direção de mobilização e participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde (CFESS, 2009).

De acordo com o artigo 4º que dispõe das competências, o Serviço Social no HU:

- Encaminha as providências e presta orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- Orienta 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;
- Planeja, organiza e administra os serviços sociais e a Unidade de Serviço Social;
- Realiza estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

E com relação ao artigo 5º, que dispõe das atribuições privativas, o Serviço Social no HU:

- Realiza treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- Coordena seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- Dirigi serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- Ocupa cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira do hospital;
- Dirige e coordenam associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social.

De acordo com as Leis lei 8.080/90 e 8.142/90, referentes à saúde e ao Sistema Único de Saúde e aos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, os assistentes sociais do Hospital Universitário atuam baseados eixos:

- As ações profissionais predominam no atendimento direto referente às ações sócio-assistenciais, às ações de articulação interdisciplinar e as ações sócio-educativas. Os atendimentos possuem uma direção sócio-educativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários, tentando ultrapassar o caráter emergencial. Essas ações ocorrem sempre de forma articulada ao processo coletivo do trabalho em saúde, porém ao que se refere à equipe de saúde da maternidade, o assistente social sempre está posicionado para esclarecer de suas ações, estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.
- Em relação à mobilização, participação e controle social da população, o assistente social na sua ação orienta e esclarece sobre seus direitos e o acesso a eles, fortalecendo a inscrição de suas reivindicações na agenda pública da saúde e no setor da maternidade, quando há situações onde o usuário está com dificuldade no atendimento, o assistente social sempre esclarece e orienta preocupar a ouvidoria do HU para que em articulação com a equipe de saúde, se possa melhorar a qualidade do serviço prestado a população;
- No que se refere à investigação, planejamento e gestão, o assistente social enfrenta dificuldades em elaborar pesquisas, propor projetos e planejamento da suas ações a partir das demandas atendidas devido à falta de profissionais no setor, o número intenso de atendimentos as mães e suas famílias que impossibilita a mensuração/quantificação das demandas trazidas pelas famílias. No entanto as assistentes sociais possuem a clareza da importância desse registro, e de acordo com o documento elaborado pelas assistentes sociais do HU (2006), o Serviço Social busca articular as ações profissionais a partir de três eixos: o



político-organizativo, o de planejamento e gestão e o sócio-assistencial. No que refere ao planejamento e gestão, segundo Nogueira e Miotto (2006, p.12)

os processos de planejamento e gestão correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das ações profissionais.

O planejamento possui importância política quando consegue ampliar a discussão e participação dos interessados e superar sua condição de simples instrumento formal e burocrático e a partir disso, produzir conhecimento sobre as necessidades sociais dos grupos e segmentos aos quais se destina. O debate contínuo sobre a sistematização das demandas trazidas pelas famílias favorece o controle social e contribui para a reprogramação das ações e serviços de saúde (NOGUEIRA; MIOTTO, 2006).

➤ Em relação à assessoria, qualificação e formação profissional, no Hospital Universitário o Serviço Social então sempre pensando na educação e qualificação profissional proporcionando campo de estágio e supervisão de estagiários, bem como a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional e a preceptoria de residentes. A articulação com as unidades de formação acadêmica é fundamental para o desenvolvimento dessas atividades na perspectiva do conceito ampliado de saúde e dos princípios do SUS.

O Serviço Social no espaço institucional da maternidade encontra dificuldades para uma atuação profissional voltada a integração a equipe de saúde, No âmbito hospitalar, há tensões e conflitos no que diz respeito à prioridade nos atendimentos entre os médicos e enfermeiros, e outros profissionais da saúde. Desta forma, o diálogo e a articulação com a equipe de saúde é constante e necessário para atender o usuário na sua integralidade. Ribeiro (2004, p. 04) coloca que ao

trabalhar numa equipe interdisciplinar não significa buscar uma síntese de saberes, ou uma identidade de objeto teórico, mas a possibilidade de diálogo entre disciplinas vizinhas, que, em muitos momentos, possuem temáticas comuns, interfaces, porém mantêm a especificidade do seu saber; significa o questionamento da hegemonia do saber médico no sentido de promover a substituição da hierarquia estabelecida pela interlocução entre os diversos saberes.

São nesses espaços que podemos conhecer os componentes e integrar-se a equipe, podendo com isso ter acesso a informações sobre as pessoas em regime de internação e conversar acerca dessas informações e qual o melhor encaminhamento a ser dado para cada situação, pedindo a presença de outros profissionais quando a situação exigia. É importante

estar atento a estes campos de atuação do Serviço Social, no que se refere à expansão dos conhecimentos de outras áreas, e também ao convívio institucional com outros profissionais.

No aspecto estrutura física o Serviço Social possui um sala exclusiva para atendimentos aos usuários e suas famílias onde o Sigilo Profissional previsto no capítulo V do Código de Ética é respeitado. As informações colocadas nos prontuários estão em consonância ao Parágrafo único do Capítulo V do Código de Ética onde dispõe que, em trabalhos multidisciplinares só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Analisando a rotina institucional e o elevado número de internações na Maternidade do Hospital Universitário durante todo o ano, podemos compreender que o fazer profissional do Serviço Social é caracterizado por um cotidiano intenso e atravessado pela imediatividade. E que apenas uma assistente social no setor não consegue suprir as múltiplas exigências advindas dos usuários e suas famílias.

Em instituições de saúde onde as demandas sócio-assistenciais são maiores que os próprios atendimentos, o profissional vê-se pressionado pelos usuários, pela instituição e pela sua jornada de trabalho. Assim, o Serviço Social tenta dar respostas, muitas vezes imediatistas, para os diversos problemas que surgem no setor. A atuação profissional, desta forma, não consegue apreender as múltiplas expressões da questão social, pois analisa cada situação individualmente e o atendimento fica na superficialidade e nos limites da instituição (COELHO, 2008).

Para compreender a questão social, é preciso compreender como a conjuntura sócio-histórica se move e se modifica, para então intervir na realidade através dos instrumentais técnicos, dando sentido e direção para o fazer profissional. Não há possibilidade de propor meios de alterar o cenário de vulnerabilidade social das famílias sem conhecer a realidade social que estes indivíduos estão inseridos. As possibilidades de superação deste pensamento estão nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, pautadas no Projeto Ético-Político da profissão, onde assistente social possa dissolver a ação imediata para uma ação profissional crítica sem perder de vista a reprodução das relações sociais (COELHO, 2008).

A questão da rotina institucional e o fluxo intenso de atendimentos aos usuários e suas famílias, dificultam o processo de intervenção mais aprofundado na realidade de cada sujeito. Um instrumental que é pouco ou quase não é utilizado é a visita domiciliar. O que também dificulta a visita domiciliar na pós-alta das famílias é o transporte institucional, que

infelizmente não atende esta demanda, pois são apenas para emergências relacionadas ao processo saúde-doença. De acordo com Mito (2001, p.148),

a visita domiciliar é um dos instrumentos que potencializa as condições de conhecimento do cotidiano dos sujeitos, no seu ambiente de convivência familiar e comunitária e têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que geralmente escapam à entrevistas de gabinete.

Desta forma, a intervenção do assistente social em qualquer que seja a instituição deve ser realizada com eficácia e competência profissional, para que se tenha compreensão da realidade social, na perspectiva da totalidade e uma capacidade criativa para potencializar tanto os atendimentos aos usuários e suas famílias, bem como os objetivos da ação do trabalho (COSTA, 2000).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho resultou da prática de estágio na Unidade Neonatal da maternidade do Hospital Universitário e teve por finalidade compreender o fazer profissional do Serviço Social nos atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social.

Pode-se observar no decorrer deste trabalho que houve mudanças significativas na ação profissional do Serviço Social desde seu surgimento em meados dos anos 1930. O fazer profissional era de caráter assistencialista, voltado para o ordenamento da população à sociedade, sem possuir uma análise mais profunda da realidade concreta da época. Com o passar dos anos e sob a influência da Perspectiva Funcionalista o Serviço Social foi definindo seu aparato técnico. Esta prática resultou na aproximação de métodos como o Serviço Social de Casos, Grupos e Comunidades. Porém ainda tinha como premissa a tentativa de adequar o indivíduo desajustado a sociedade, responsabilizando-o por sua condição social.

A inserção do Serviço Social na saúde se deu de forma significativa a partir de 1940 quando os assistentes sociais foram requisitados para trabalhar nos novos campos institucionais criados pelo Estado, como o Conselho Nacional de Serviço Social, a Legião Brasileira de Assistência - LBA, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI, o Serviço Social da Indústria - SESI, o Serviço Social do Comércio - SESC e a Fundação Leão XIII. A criação destas instituições sócio-assistenciais se deu pela criação do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS.

O fazer profissional no Serviço Social na área da saúde também era de adequar o sujeito aos tratamentos médicos com práticas curativas e no sistema previdenciário, o assistente social atuava na concessão de benefícios aos usuários.

Foi a partir da década de 1960 com as mudanças da conjuntura político-econômica que o Serviço Social brasileiro começou a questionar seu aporte teórico. Somando a aproximação com Serviço Social da América Latina, fez-se perceber que o Serviço Social Tradicional não respondia às demandas sociais da população, desencadeando assim, um amplo debate teórico na profissão. Porém com o Golpe Militar em 1964 o Movimento de Reconceituação no Brasil foi sufocado. Na perspectiva de Netto (2009) o Processo de Renovação do Serviço Social, que se desenvolveu no período da Ditadura, pode ser dividido em três períodos, a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura, na qual marcaram a trajetória do Serviço Social desde práticas conservadoras, imediatistas e de ajuda psicossocial. No entanto, este período também foi

marcado pelo amadurecimento acadêmico, científico e intelectual do Serviço Social até meados de 1970, onde a Abertura Política e Econômica proporcionou uma retomada na discussão crítica dos aportes teóricos e da prática assistencialista.

Foi nesse período que o Serviço Social começou a discussão com a Teoria Social de Marx e concepções como o trabalho, o reconhecimento das contradições e das lutas de classes foram apontadas como inerentes ao Sistema Capitalista. O Marxismo contribuiu para uma análise da função do Estado, da sociedade civil e dos movimentos de classes. Desta forma, o Serviço Social adotou uma Perspectiva Crítico Dialética que analisa os acontecimentos sociais e a totalidade do indivíduo.

A conjuntura brasileira dos anos 1990 foi modificada com o modelo de economia neoliberal, precarizou o mundo do trabalho, fragmentou e desestruturou as Políticas Sociais conquistadas pela Constituição Federal de 1988, como o tripé da Seguridade Social – Assistência Social, Saúde e Previdência Social.

No campo da saúde, o conceito de saúde foi questionado por meio da Reforma Sanitária e o Serviço Social, aos poucos, se inseriu no debate através da participação da 8ª Conferência da Saúde. Foi a partir do Sistema Único de Saúde que o Serviço Social efetivou suas ações profissionais voltadas para controle social e a universalização das ações e serviços de saúde.

Com os questionamentos feitos pelos profissionais do Serviço Social foi elaborado em 1993 um novo Código de Ética, pautado em profundas reflexões da conjuntura brasileira, e no debate sobre a eficácia e eficiência da ação profissional na realidade. Também foi criado em 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão – Lei nº 8.662 que dá providência em relação a competências e atribuições para o assistente social. Estes alicerces expressam um projeto profissional comprometido com as três dimensões definidas por Yamamoto (2004): competências – teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

É importante que o projeto ético-político da profissão esteja na ação de cada assistente social, pois são seus valores políticos, sua compreensão do movimento contraditório da realidade, e suas habilidades técnicas que irá direcioná-lo a propor alternativas para que acesso aos direitos sociais se efetive de forma igualitária, justa e universal. Conhecer o mundo que nos rodeia e observar o movimento da realidade, saindo da aparência e indo para a essência do problema é que vamos entender o porquê da situação de vulnerabilidade social que cerca as famílias brasileiras.

As dificuldades de cuidar afetiva e financeiramente dos membros de uma família está diretamente relacionada à função que o Estado, a Sociedade Civil e a própria família exercem

na sociedade brasileira. A centralidade de Políticas Sociais – Política Nacional de Assistência Social; e de programas – Bolsa Família, Programa Saúde da Família, entre outras –, no cuidado e na proteção para a família sobrecarrega e fragilizam as relações sociais; a transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil, precariza as Políticas Sociais, dando a conotação de assistencialismo e de favor. Desta forma, é difícil superar problemas sociais, como o desemprego, a doença, o uso de substâncias psicoativas, a violência física e a sexual, sem ter condições para isso, sem ter Políticas Sociais universais que pense a família na sua totalidade, com seus conflitos e suas especificidades.

A partir do exposto, a primeira parte da análise foi desenvolvida a partir de uma análise documental em 50 entrevistas sobre os recém nascidos internados na Unidade Neonatal e as suas famílias e constatou se que 11 famílias estavam em situação de vulnerabilidade social. Foram evidenciados fatores que comprovam que a vulnerabilidade social está expressa pela falta ou baixa escolaridade dos membros familiares, a inserção precária no mercado de trabalho contribui para uma má qualidade de vida onde a família sozinha não consegue dar conta das demandas e da função socialmente imposta de cuidado e proteção dos seus membros.

Os dados falam por si e denunciam a situação de vulnerabilidade vivenciada pelas famílias atendidas, apontando que 55% das mães fizeram pré-natal, porém 45% não o fizeram; 46% das mães possuem apenas o ensino fundamental, 37% dos pais possuem ensino fundamental incompleto e 36% possuem ensino médio incompleto, sendo que nos referimos a homens e mulheres em que a faixa de idade das mães fica entre 18 e 25 anos significando 55% das famílias e a faixa de idade dos pais fica entre 26 e 30 anos totalizando 37% das famílias analisadas;

A baixa escolaridade foi relacionada diretamente com o mundo do trabalho, onde o estudo identificou que 37% dos pais possuem ocupação como pedreiro e 27% como autônomo, entre as mães 28% são empregadas domésticas, 18% são vendedoras, do lar e autônomas, respectivamente; a situação de trabalho das mães é de 73% desempregadas e dos pais 64% são informais;

E ainda foi identificado que a cidade onde residem as 11 famílias atendidas são 82% de Florianópolis, porém 64% das famílias são naturais de outros municípios e 64% residem em imóvel alugado.

Na segunda parte, foi realizada a partir da análise dos 11 encaminhamentos feitos pelo Serviço Social da Maternidade do HU para a rede de proteção das famílias atendidas na Unidade Neonatal e foi constatado que 37% dos encaminhamentos feitos pelo Serviço Social

foram para o Conselho Tutelar e 27% para o Conselho Tutelar, Unidade Básica de Saúde – UBS e Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas – CAPS AD e 46% dos motivos dos encaminhamentos por uso de drogas e 36% por questões econômicas, este último diretamente relacionado à escolaridade e a ocupação dos pais indicada na pesquisa. Pode-se perceber que a incidência de relatórios encaminhados para o Conselho Tutelar refere-se à proteção integral a Criança e ao Adolescente, seja por motivos econômicos ou por motivos de uso de drogas.

O fazer profissional do Serviço Social na Unidade Neonatal contribuiu para uma reflexão da situação social que cada família analisada. O papel de socializador das informações é o que a faz a diferença neste espaço, pois a maioria das famílias desconhecia tanto os direitos sociais como benefícios sociais.

É no acolhimento e nas entrevistas que o processo reflexivo entre assistente social e sujeito acontece. As informações trazidas pelas famílias são pensadas e dialogadas em conjunto com o assistente social, que tenta propor alternativas para que o usuário visualize e compreenda sua situação atual e juntos possam encontrar a melhor maneira de direcioná-los para alguma Política Social e/ou Programas Sociais. Porém o atendimento do Serviço Social fica institucionalizado, ou seja, não há uma interação social com o usuário e suas famílias após a alta do recém nascido e de sua mãe, pois o Serviço Social da maternidade não utiliza o instrumental importante como a visita domiciliar para acompanhar as famílias onde as relações sociais se reproduzem e onde a possibilidade de análise mais profunda na realidade poderia minimizar a situação de vulnerabilidade social.

Na análise de Miotto (2002) a socialização das informações e o processo reflexivo dizem respeito às ações socioeducativas, pois coloca o indivíduo na posição de protagonista de suas ações, ou seja, proporciona a autonomia do sujeito na direção da cidadania da emancipação social. Por isso, o assistente social deve sempre propor alternativas criativas para uma intervenção profissional pautada no conceito ampliado de saúde, nas lutas e mobilizações dos trabalhadores e em consonância o projeto ético-político da profissão.

No entanto, no momento do acolhimento e das entrevistas alguns apontamentos poderiam ser abordados para contribuir na análise crítica da situação de vulnerabilidade social das famílias atendidas na Unidade Neonatal e no direcionamento dos encaminhamentos a rede de proteção, como se possui rede de apoio familiar e/ou comunitária; a renda total mensal dos membros da família; o motivo do porque vieram residir em Florianópolis e o número total de pessoas que residem na família.

Sobre a inexistência de um instrumento que mensure/quantifique os atendimentos realizados pelo Serviço Social na Maternidade do HU, este trabalho propõe que se pense em mecanismos e estratégias que contribuam para pesquisas e planejamentos estratégicos de intervenção e de ação profissional. Assim, através do levantamento dos encaminhamentos mais decorrentes no setor, possa futuramente contribuir com subsídios para solicitação de mais profissionais na Maternidade e/ou até mesmo para o quadro de Assistentes Sociais de outros setores do Hospital Universitário, para que o atendimento seja feito na sua totalidade. Para tanto, ter uma base de dados concreta dos atendimentos realizados pelo Serviço Social na Maternidade é importante não só para a profissão, no sentido de sistematizar “o conhecimento e ação, voltada para o enfrentamento de questões que requerem respostas técnicas e políticas” (FARIAS, 2010, p.09), mas também para os usuários no que diz respeito à eficiência e a eficácia dos atendimentos realizados.

O Serviço Social na Maternidade do HU pode contribuir ainda mais para a efetivação dos direitos sociais por meio da participação em Conselhos Municipais e Estaduais e Fóruns de Saúde, por meio de socialização das experiências e das demandas mais pertinentes no setor, propondo e avaliando as Políticas Sociais, pressionando o Estado para a elaboração de Políticas Sociais que deem sustentabilidade para que as famílias possam ser um espaço de cuidado e proteção social aos seus membros.

A articulação com as instituições da rede de proteção também são importantes, pois é a direcionalidade dos serviços voltados à família que será capaz de responder as demandas trazidas por elas. Esta articulação transcende o mero encaminhamento aos programas, serviços e ações, ela aponta a inexistência destes, denunciando o impedimento e a efetivação dos direitos sociais. O que contribui para isso é a falta de articulação entre o Serviço Social, que encaminha a demanda, e a rede de proteção, que a recebe. Não há uma interlocução com os Conselhos Tutelares, com as Unidades Básicas de Saúde, com os Centros de Referências da Assistência Social ou com os Centros de Atendimento Psicossocial de Álcool de Drogas para constatar se as famílias estão sendo atendidas.

O Serviço Social como profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho e como trabalho especializado, aqui com destaque para a área da saúde, especificamente na maternidade do Hospital Universitário, a formação acadêmica e o processo de estágio curricular obrigatório, contribuem para o ensino-aprendizagem, onde a relação teoria e prática estão intrinsecamente relacionadas.

Para entender a questão social, é necessário entender a sociedade e para isso é preciso compreender como a conjuntura histórica se move e de modifica, para então intervir na



realidade através dos instrumentais técnicos, dando sentido e direção para o fazer profissional. Não há possibilidade de propor meios de alterar o cenário de vulnerabilidades sociais das famílias sem conhecer a realidade social que estes indivíduos estão inseridos.

Assim, partindo dessas análises, este trabalho vem na direção de contribuir no conhecimento do processo de intervenção realizado pelos assistentes sociais na Maternidade do Hospital Universitário diante das dificuldades enfrentadas pelas famílias, na análise da intervenção do Serviço Social no atendimento as famílias, na perspectiva das Políticas Sociais, na identificação das demandas trazidas pelas famílias atendidas na Maternidade do Hospital e na contribuição para uma ação reflexiva do fazer profissional do Serviço Social na Maternidade do Hospital Universitário.

Diante das reflexões desta pesquisa, podemos observar que o Serviço Social está intimamente relacionado com as transformações societárias e desta forma, a ação profissional também precisa moldar-se para atender às exigências do contexto profissional onde está inserido. Há também a necessidade de o Serviço Social buscar alternativas que assista a população em situação de vulnerabilidade social no encontro de caminhos possíveis para a consolidação do exercício da cidadania por meio dos serviços sociais.

O Assistente social tem que estar em constante qualificação profissional, buscando nos instrumentos legais, como no Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei nº 8662 de 07/07/93), nos Princípios e Diretrizes das Leis: 8080 de 19.09.1990, 8142 de 28.12.1990 – SUS – Sistema Único de Saúde e 8.742 de 07.12.1993 – LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social, o amparo para solucionar os conflitos sociais que lhes são apresentados, pois, atualmente o mercado de trabalho exige um profissional qualificado para atender às diversas necessidades apresentadas no cotidiano do fazer profissional.

É necessário pensar a maternidade do Hospital Universitário no contexto maior onde a realidade não é isolada e exclusiva deste setor. Devemos pensar em um sentido mais amplo, onde a fragmentação e focalização das Políticas Públicas refletem diretamente nos atendimentos a população brasileira. Enfim este trabalho evidenciou que a maternidade do Hospital Universitário é a porta de entrada para a identificação das demandas trazidas pelos usuários, sendo este campo institucional importante para futuras pesquisas referentes à vulnerabilidade social das famílias e para os serviços na área da saúde, no que se refere o fazer profissional.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. Jovens em situação de Pobreza, Vulnerabilidades Sociais e Violências. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 1, n. 116, p. 143-176, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/n116/14402.pdf>>. Acessado em: 19 de junho 2011.

ABRAMOVAY, M. e PINHEIRO, L. C. Violência e Vulnerabilidade Social. In: FRAERMAN, Alicia. **Inclusión Social y Desarrollo: Presente y futuro de La Comunidad Ibero Americana**. Madri: Comunica. 2003. Disponível em: <[http://www.miriamabramovay.com/site/index.php?option=com\\_content&view=section&layout=blog&id=6&Itemid=3](http://www.miriamabramovay.com/site/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=6&Itemid=3)>. Acessado em 03 de maio 2011.

AGUIAR. Antônio Geraldo de. **Serviço Social e filosofia das origens a Araxá**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1989

ALVES, Cristina Antunes. **O Projeto ético-político na produção de conhecimento do Serviço Social: uma análise no hospital universitário - HU**. Florianópolis, SC, 2008. 71 f. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Serviço Social. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/>> Acessado em 01 de maio 2011.

AZEVEDO, B. R. Z. Emprego, Desemprego e Subemprego: Uma Revisão da Literatura Crítica. In: **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v 6, n. 155-168, 1985. Disponível em:< <http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/viewFile/928/1213>> Acessado em: 20 de junho 2011.

BARATA, J. T. BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009, p. 01-19. Disponível em: <[http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/4\\_-\\_O\\_projeto\\_etico-politico\\_do\\_Servico\\_Social.pdf](http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/4_-_O_projeto_etico-politico_do_Servico_Social.pdf)>. Acessado em: 20 de maio 2011.

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. Ed. Cortez. São Paulo. 2003.

BILLAR, A. Z. **O Serviço Social e as demandas das famílias dos recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia da Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

BRANDÃO, Rita de Cássia Camargo, **O Serviço Social no Brasil: A reinstrumentalização necessária**. Franca: UNESP, 2006. Tese – Doutorado – Serviço Social – Faculdade de Historia, Direito e Serviço Social – UNESP.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acessado em 20 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social/PNAS**. Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004.

BRASIL. Lei 8662/93 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao\\_lei\\_8662.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf)>. Acesso em 24 de junho 2011.

\_\_\_\_\_. Dieese - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Ministério do Trabalho e Emprego. **Aspectos Conceituais da Vulnerabilidade Social**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/observatorio/sumario\\_2009\\_TEXTOV1.pdf](http://www.mte.gov.br/observatorio/sumario_2009_TEXTOV1.pdf)>. Acesso em: 03 de maio 2011.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8742/93. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **LOAS**. 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm)>. Acessado em: 06 de junho 2011.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília, 2006, p. 01-24. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm)>. Acessado em 18 de maio 2011.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M. de; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 197-217.

BULLA, Leonia Capaverde. Relações Sociais e Questão Social na Trajetória Histórica do Serviço Social Brasileiro. **Revista Virtual Textos e Contextos**. Nº 2, ano II, dez. 2003. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/947/727>>. Acessado em: 30 de abril 2011.

CAETANO, Patrícia da Silva. **Família e Política Social: Um estudo sobre o acompanhante em instituições hospitalares**. 2010. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Serviço Social), Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CAMPOS, L. F. SILVA, É. E. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. In: **Cogitare Enfermagem**. Paraná. UFPR. V.12, n. 4. p. 502-507. Out/Dez 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/index>>. Acessado em: 20 de junho 2011.

CAMPOS, M. S; MIOTO, R. C. T. Política de Assistência social e a posição da família na política social brasileira. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social**, Brasília: UNB, Nº 12 jan - jun, 2003, p. 165-190.

CARNEIRO, T. S. VASCONCELOS, K. E. L. SILVEIRA, S. A. S. Família e Políticas Sociais: o Saúde da Família posto em questão. In: **III Jornada Internacional de Políticas Públicas: Questão Social e Desenvolvimento No Século XXI**, Maranhão, 2007. p. 01-11. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/xbf50aa9282fcbe1e5e1Tha%C3%ADsa%20\\_Katleen\\_Sandra.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/xbf50aa9282fcbe1e5e1Tha%C3%ADsa%20_Katleen_Sandra.pdf)>. Acessado em: 30 de maio 2011.

CARVALHO, M. R.; PROCHNIK, M. **Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro**. Rio de Janeiro; BNDES, 2001. 96f. Disponível em: < [http://www.aleitamento.com/imagens/bndes\\_social.pdf](http://www.aleitamento.com/imagens/bndes_social.pdf) >. Acesso em 16 de maio de 2011.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, PUC/SP, 2005. p. 267-274.

CARVALHO NETO, C. T. Demandas históricas e as respostas profissionais do Serviço Social: as relações com as esferas socioinstitucionais. In: **Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca**, 2010, Franca. Proceedings online... UNESP, Franca, Disponível em:<[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000112010000100039&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000112010000100039&script=sci_arttext)>. Acessado em: 04 de maio. 2011.

CASTRO E CASTRO. M. M. Políticas Sociais e Famílias. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.8, n.2, p.111-128, jul-dez. 2008. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigo08\\_9.pdf](http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigo08_9.pdf)>. Acessado em 06 de junho 2011.

CENTRO BRASILEIRO DE COOPERAÇÃO E INTERCAMBIO DE SERVIÇOS SOCIAIS **Teorização do Serviço Social**. Rio de Janeiro: Agir, CBCISS. 1984.

CERVENY, C. M. de O. BERTHOUD, C. M. E. et al. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 11-30; 47-132.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 1993. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao\\_etica\\_cfess.pdf](http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf)>. Acesso em 24 de junho 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (Versão Preliminar) Conselho Federal de Serviço Social. 2009. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude\\_-\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf)>. Acessado em: 24 de junho 2011.

CEZAR, Camile Alves. **Relatório de Estágio Curricular Obrigatório I**. 2009. mimeo.

CHUPEL. C.P **Acolhimento e Serviço Social: um estudo de hospitais estaduais da Grande Florianópolis**. Florianópolis UFSC, 2008.

COELHO, Marilene Aparecida. **Imediaticidade da Prática Profissional do Assistente Social**. 2008. 344 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=157831](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=157831)>. Acesso em: 26 jun. 2011.

CORREIA, A. **O Serviço Social na Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário: um estudo das expressões da questão social no Método Mãe Canguru**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XXI n. 62, p. 35-62, mar. 2000.

COSTA, E. N. **A Inserção dos Assistentes Sociais nos Serviços de Saúde na perspectiva da Lei 8080/90**. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/30443/1/A-INSERCAO-DOS-ASSISTENTES-SOCIAIS-NOS-SERVICOS-DE-SAUDE-NAPERSPECTIVADA-LEI-808090/pagina1.html#ixzz1LQb4Hvs9>>. Acessado em 03 de maio 2011.

DALPRÁ, K. R. As Ações Profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do Sistema Único de Saúde. **Revista Virtual Textos e Contextos**, v. 2, p. 01-20, 2003. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/965/745>>. Acessado em 23 de maio 2011.

FARIAS, M. H. de L. “Beba com moderação” – do marketing da indústria da bebida alcoólica à realidade social da dependência química entre mães e filhos. **III SEMINÁRIO POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**. Salvador. 2010, p. 01-11. Disponível em: <[http://www.interativadesignba.com.br/III\\_SPSC/arquivos/sessao8/208.pdf](http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao8/208.pdf)>. Acessado em 26 de junho 2011.

GERBER, Luiza Maria Lorenzini. **A Formação dos Assistentes Sociais em Santa Catarina: A Formação dos Assistentes Sociais em Santa Catarina**: Um estudo sobre o primeiro curso de Serviço Social do Estado (1958-1983). Dissertação de Mestrado, UFSC. Florianópolis, 2009.

GUARÁ, Isa M. F. R.; JESUS, N. F. Assistência Social e Políticas de Enfrentamento da Pobreza. In: CALLEGARI, César; BATISTA Sinoel. (Org.). **Políticas Públicas e Direitos Humanos**. 1ª ed. Brasília: Ed. Fundação João Mangabeira, 2008, v. II, p. 239-319.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 3 ed. – São Paulo : Cortez, 2002.

GOMES, Mônica A. PEREIRA, Mª Lúcia D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v 12 n 2, 2005, p, 357-363. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>> Acessado em 03 de maio 2011.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Planejamento Estratégico do HU - Plano 2012**. HU, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Planejamento do Serviço Social no HU 2007-2008**. HU, 2006b.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, CRESS–CE, Debate n. 6, 1997a.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4. ed. São Paulo, Cortez, 1997b.

\_\_\_\_\_. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 4 ed. – São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm)>. Acesso 26 de maio 2011.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 14 ed. São Paulo, Cortez, [Lima, Peru] 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Mínimos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>> Acessado em 02 de maio 2011.

LEVCOVITZ, E. et al. Saberes e Políticas: a contribuição do campo da saúde coletiva na organização da política de saúde brasileira. Rio de Janeiro, **Série Estudos em Saúde Coletiva**. Edição Especial – Relatório de Pesquisa. Setembro de 2000.

LIMA, T. C. S. **A Intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas**. Florianópolis, SC, 2004. 82 f. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Serviço Social. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/>> Acessado em 03 de maio de 2011.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 8, n.1, p. 22-48, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/issue/view/96>> Acesso em: 03 de maio 2011.

MACHADO, Ednéia Maria. Questão Social: Objeto do Serviço Social? In: **Serviço Social em Revista**. Londrina. Publicação do Departamento de Serviço Social, Centro de Estudos Sociais Aplicados – Vol. 1, n. 1. Jul./Dez. 1990, p. 39-48.

MARTINELLI, Maria Lucia e KOUMROUYAN. **Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 45, Ano 1994. p. 137-141.

MATOS, Maurílio Castro de. **O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 74, p. 85-117, jul. 2003.

MINAYO, M.C. de. S. **Pesquisa Social; teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIOTO, R. C. T. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 4. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000, p. 217-224.

\_\_\_\_\_. Novas propostas e velhos princípios: Subsídios para a discussão da assistência as no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In: SALES. M. A; MATOS, M. C; LEAL. M. C. (Org) **Política Social, família e Juventude**. São Paulo: Cortez Editora/ UERJ, 2004, p. 43-59.

MIOTO, R. C. T. Família e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, I; BHERING, E. R; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C. T. **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez Editora/CAPES, 2008, p. 131-145.

\_\_\_\_\_. MIOTO, Regina Celia Tamasso . Orientação e Acompanhamento Social a indivíduos, grupos e famílias. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. 2009, p. 497-509.

MIOTO, R. C. T. NOGUEIRA, V. M. R. Desafios Atuais do Sistema Único De Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al, (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 218-241.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm)>. Acesso 26 de junho 2011.

MORAES, Ana Cláudia de. et. al. **A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2 ed. N.7. Florianópolis: EMYO: CRESS 12ª região, 2007. mimeo

MOSCON, N. **Vulnerabilidade da família na proteção ao recém-nascido prematuro: um estudo no Hospital Universitário da UFSC e a atuação do Serviço Social no seu enfrentamento**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo, Cortez. (1992).



NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós - 64**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético político do Serviço Social. In: MOTA, E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 141-159.

\_\_\_\_\_. O movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.26, n.84, p. 5-20, nov. 2005.

NOGUEIRA, V. M. R. **O Serviço Social na área da saúde**. Universidade Federal de Santa Catarina/Departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2005, mimeo.

PAIVA, Sabrina Pereira. Famílias e vulnerabilidades: retratos e representações sociais. **Revista Libertas**. Juiz de Fora, v.8, n.2, p.129 – 149. jul-dez / 2008. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigo09\\_9.pdf](http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigo09_9.pdf)>. Acessado em 20 de junho 2011.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. et al. (orgs.) **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.25-42.

RIBEIRO, Cátia et al. Interdisciplinaridade no Contexto Hospitalar. **Revista Científico**. 2004. Ano IV v. I, Salvador, janeiro-junho. Disponível em: <<http://www.frb.br/ciente/.../Psi/.../P.7.RIBEIRO,C.InterdisciplinHosp.pdf>> Acessado em 25 de junho 2011.

RESTA D. G. MOTTA M. da G. C. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2005. p. 109-15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a13v14nspe.pdf>>. Acessado em 02 de maio 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano Estadual de Saúde** / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; Florianópolis: IOESC, 2007. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano\\_estadual\\_de\\_saude/PES\\_2006\\_Versao\\_Final.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano_estadual_de_saude/PES_2006_Versao_Final.pdf)>. Acesso em: 12 de junho 2011.

SARMENTO, Hélder B. M. Repensando os Instrumentos em Serviço Social. In: STOCKINGER, Silvia da Costa (org). **Textos de Teoria e Prática de Serviço Social**. V.I, Belém, Ed. Amazônia/ UFPA, 2005, pp. 06-48.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. **Instrumentos e Técnicas: elementos para uma rediscussão**. São Paulo: PUC, 1994. (Tese de Mestrado).

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, PUC/SP, 2005. p. 21-36

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Formação profissional do assistente social: inserção na realidade social e na dinâmica da profissão**. – São Paulo: Cortez, 1984.

SILVA, Miguel Antônio de Mello e QUEIROZ, Marcos de Souza. **Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil**. Revista Psicologia e Sociedade. Vol.18, n.1, p. 31-39, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a05v18n1.pdf>>. Acessado em: 19 de junho 2011

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In: **Revista Emancipação**, v. 8, n.1. Ponta Grossa/PR: UEPG, 2008. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acessado em: 06 de junho 2011.

SZYMANKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XXIII n.71, p. 09- 25, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Página Inicial. Histórico. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em 16 de maio 2011.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas a área da saúde**. 3. Ed, São Paulo, Cortez, 2009.

YAZBEK, M. Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. Texto escrito para o curso de especialização lato sensu em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Cfess/Abepss 2009. Disponível em: <[http://www.prof.joaoantas.nom.br/materialdidatico/material/2\\_-\\_Fundamentos\\_historicos\\_e\\_teoricom Metodologicos\\_do\\_Servico\\_Social\\_brasileiro\\_na\\_contemporaneidade\\_.pdf](http://www.prof.joaoantas.nom.br/materialdidatico/material/2_-_Fundamentos_historicos_e_teoricom Metodologicos_do_Servico_Social_brasileiro_na_contemporaneidade_.pdf)>. Acessado em: 12 de abril 2011

## APÊNDICE

**APÊNDICE A:**  
**TABELA 2:** Caracterização do perfil das famílias

	FAMÍLIA 1*	FAMÍLIA 2*	FAMÍLIA 3*
Situação habitacional	Alugada	Alugada	Alugada
Situação de trabalho: Pai Mãe	Desempregada Informal	Desempregada Informal	Informal Informal
Número de filhos	2, o 1º filho reside c/ bisavós paternos	2, o 1º filho reside com a avó materna	2
Escolaridade: Mãe Pai	Ensino méd. inc. Ensino méd. inc.	Ensino fund. inc. Ensino méd. inc.	Ensino méd. inc. Ensino méd. inc.
Ocupação Mãe Pai	Manicure Autônomo	Vendedora Mecânico autônomo	Doméstica Informal
Pré-natal	Sim	Não	Sim
Cidade	Florianópolis	Florianópolis	Florianópolis
Idade: Mãe Pai	18 23	23 41	29 27
Encaminhamento	Conselho tutelar	Conselho tutelar, UBS, CAPS AD	Conselho tutelar, UBS, CAPS AD
Motivo	Econômico e emocional	Mãe usuária de drogas (já fez tratamento), ec. e emocionais	Pais usuários de drogas (pai está tratamento)

Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.

Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

\* Para a identificação das famílias, garantindo o sigilo, utilizou-se os numerais de um a onze.

	FAMÍLIA 4*	FAMÍLIA 5*	FAMÍLIA 6*
Situação habitacional	Alugada	Própria	Própria
Situação de trabalho: Mãe Pai	Desempregada Informal	Desempregada Informal	Informal Formal
Número de filhos	6 - todos em inst. acolhimento	5, sendo que apenas uma reside com ela e os outros residem com os pais	2
Escolaridade: Mãe Pai	Ensino fund. inc. Ensino fund. inc.	Ensino fund. Inc. Ensino méd. compl.	Ensino fund. Inc. Ensino méd. compl.
Ocupação: Mãe Pai	Do lar Laminador de fibra de vidro autônomo	Do lar Autônomo	Doméstica Caminhoneiro
Pré-natal	SIM	SIM	SIM
Cidade	Florianópolis	Outro município	Florianópolis
Idade: Mãe Pai	36 45	23 33	20 26
Encaminhamento	CRAS e Conselho tutelar.	Conselho tutelar	Conselho tutelar e CRAS.
Motivo	Negligência severa, agressão física grave.	Econ. a família já era acompanhada pelo órgão.	Econômicas.

Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.

Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

\* Para a identificação das famílias, garantindo o sigilo, utilizou-se os numerais de um a onze.

	FAMÍLIA 7*	FAMÍLIA 8*	FAMÍLIA 9*
Situação habitacional	Alugada	Cedida	Alugada
Situação de trabalho: Mãe Pai	Desempregada Informal	Desempregada Informal	Desempregada Desempregado
Número de filhos	6, dois residem com a avó materna e quatro residem com ela	5	2
Escolaridade: Mãe Pai	Ensino méd. inc. Ensino méd. inc.	Analfabeta Analfabeto	Ensino fund. inc. Ensino fund. Inc.
Ocupação: Mãe Pai	Vendedora Autônomo	Autônoma Autônomo	Autônoma Mecânico autônomo
Pré-natal	NÃO	SIM	SIM
Cidade	Florianópolis	Florianópolis	Florianópolis
Idade: Mãe Pai	34 43	27 21	25 30
Encaminhamento	Conselho tutelar	CRAS Central	Conselho tutelar, UBS e CAPS AD
Motivo	Mãe usuária de droga, a família já era acompanhada pelo órgão.	Econômico.	Pais usuários de droga, a mãe já fez tratamento.

Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.

Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

\* Para a identificação das famílias, garantindo o sigilo, utilizou-se os numerais de um a onze.

	FAMÍLIA 10*	FAMÍLIA 11*
Situação habitacional	Própria	Alugada
Situação de trabalho		
Mãe	Desempregada	Formal
Pai	Desempregado	Desempregado
Número de filhos	3	3, duas residem com avó paterna
Escolaridade:		
Mãe	Ensino sup. comp.	Ensino méd. compl.
Pai	Ensino fund. Inc.	Ensino fund. inc.
Ocupação:		
Mãe	Professora	Doméstica
Pai	Desempregado	Desempregado
Pré-natal	SIM	NÃO
Cidade	Outro município	Florianópolis
Idade:		
Mãe	36	20
Pai	36	27
Encaminhamento	CRAS	Conselho tutelar
Motivo	Econômica	Mãe usuária de drogas, a família já era acompanhada pelo órgão.

Fonte: Relatórios realizados pelo Serviço Social no período de agosto a dezembro de 2010.

Elaboração: Michelle Franzoni Inacio. Florianópolis – SC, 2011.

\* Para a identificação das famílias, garantindo o sigilo, utilizou-se os numerais de um a onze.