

## O PERFIL SOCIAL DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (CAISM/UNICAMP)

*Dione Lopes Oliveira; Jeanny Vieira; Paulina Gonçalves Simon<sup>1</sup>*

*Dalva Rossi<sup>2</sup>*

*Belmiro Gonçalves Pereira<sup>3</sup>*

*Sirlei Siani Morais<sup>4</sup>*

### RESUMO

O objetivo da pesquisa foi elaborar o perfil socioeconômico das usuárias atendidas nas diferentes especialidades e nas unidades de internação do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP), para subsidiar o atendimento dos assistentes sociais e da equipe multidisciplinar. A metodologia consistiu em um estudo quantitativo com questionário estruturado e entrevistas individuais realizadas com 400 usuárias das unidades ambulatoriais e de internação. Os dados referentes ao nível socioeconômico e cultural das usuárias influem diretamente no processo de saúde e doença discutindo, assim, as manifestações da questão social, foco central do trabalho dos assistentes sociais.

**PALAVRAS - CHAVE:** assistência, perfil socioeconômico, saúde da mulher.

<sup>1</sup> Aprimorandas de Serviço Social do Programa da Saúde da Mulher de 2005

<sup>2</sup> Dalva Rossi – Assistente Social do Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher- CAISM/UNICAMP. Professora Doutora do Curso de Graduação de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas de Auaí – SP

<sup>3</sup> Professor Doutor do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

<sup>4</sup> Estatística do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP-

## INTRODUÇÃO

É pertinente afirmar que a partir do conhecimento de determinadas realidades é possível proceder a intervenções mais adequadas. Nesta perspectiva, identificar o perfil social das usuárias do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher possibilitou o conhecimento de elementos referentes à condição sociocultural das mulheres que buscam a Instituição em condições peculiares, e esperam dela a resolução de seus problemas de saúde, que nem sempre são isolados de problemáticas sociais, que podem contribuir para tornar mais complexo o tratamento e sua recuperação.

Neste sentido pode-se partir da premissa de que aspectos sociais estão diretamente relacionados ao fator saúde. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estabeleceu no Art. 196 como conceito de saúde:

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

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como um estado de bem - estar físico, mental e social completo e não só como ausência de infecções ou doenças (OMS et al LEON, p.15).

Por estas definições, saúde é poder partilhar dos benefícios do Estado e do Município, ou seja, é a inserção do cidadão nas políticas públicas sociais, entre elas, a saúde. A fragmentação no atendimento das necessidades

básicas dos homens, mulheres e crianças e de questões principais, como: trabalho, escola, alimentação, saneamento básico, pode dificultar o acesso a essas políticas.

De acordo com Leon (2000), a saúde é um indicador essencial do nível de desenvolvimento social de um país e a atenção a ela se faz indispensável para visibilidade desse desenvolvimento.

Mesmo com a implementação do SUS –Sistema Único de Saúde nos anos 90, com novas formas de organização (como a descentralização do Sistema) com o objetivo de qualificar o atendimento ao usuário, reivindicação antiga da maioria, o que se percebe atualmente na Saúde é que essa democratização dos serviços, inclusive com maior participação da comunidade em conselhos gestores e outras atividades, está muito longe de solucionar os problemas existentes, pois a precariedade de instrumentos, medicamentos e em especial de recursos humanos é grande.

Existem muitos problemas cuja resolução é complexa, pois envolve aspectos estruturais e políticos, problemas vivenciados cotidianamente e que interferem, impedindo que os serviços de saúde cumpram o seu papel.

Ao lado da falta de dinheiro; do uso político clientelista das políticas de saúde por parte das esferas federais, estaduais e municipais; das disputas entre os diferentes ministérios sociais por recursos financeiros; da intensa campanha neoliberal para desmoralizar qualquer ação competente por parte do setor público; da ausência de uma legislação adequada à importância das políticas sociais no interior dos governos e da frágil estrutura tributária dos governos municipais, que convivem com uma grande retração dos gastos federais e estaduais no setor; convivemos com

uma profunda crise de falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde, públicos e privados ( MERHY, 1997, p.125).

A inversão do projeto econômico, a globalização e principalmente os baixos salários e o desemprego alteraram nos últimos anos de forma significativa a vida dos brasileiros e também dos usuários dos serviços públicos . Atualmente o perfil da população que busca atendimento é de pessoas que possuíam até há pouco tempo convênios médicos que foram perdidos com o desemprego ou com a total cobertura dos seus direitos trabalhistas.

Os assistentes sociais são profissionais que cotidianamente e de forma dialética trabalham com a questão social aqui entendida como o espaço de conflito entre usuários e Estado. As pessoas que são atendidas no CAISM, além de estarem em condição peculiar, que é a doença, na sua grande maioria são pessoas desprovidas sequer de meios de transporte para realizar o tratamento indicado, além de outras problemáticas sociais.

Cabe aos assistentes sociais procederem à avaliação social, ao entrosamento com recursos sociais, à busca de parcerias com outros setores públicos, visando garantir ao usuário o necessário para seu tratamento e para sua alimentação.

A avaliação social é realizada através de abordagens individuais, com o auxílio de uma ficha que permite as anotações de dados mais relevantes e do parecer técnico e possibilita caracterizar o perfil social das usuárias.

A caracterização social implica conhecer a realidade social em que estão inseridas as usuárias e alguns aspectos direcionados à sua vida cotidiana e ao seu trabalho, que pode interferir no tratamento proposto. É através da avaliação social que o assistente social pode intervir, propor e encaminhar, bem como fornecer a outros profissionais da equipe informações sobre a condição social da usuária, que irão facilitar ou serão obstáculo para as devidas e importantes ações propostas.

Avaliar as características sociais significa investigar as condições e hábitos de vida das usuárias. Santos (2005), em estudo sobre uma classificação socioeconômica para o Brasil, busca um novo modelo instrumental que contribua para melhorar a descrição e a caracterização, bem como a explicação da produção e reprodução da desigualdade social.

Discutir e avaliar as características sociais das usuárias em saúde significa ir além da identificação de seus hábitos de sua vida cotidiana, mas entender as representações sociais no processo de saúde e doença.

Em todos os estudos e pesquisas para discussão de diversos assuntos que envolvem a população em geral, é pertinente uma caracterização social para identificar a população-alvo. Em uma unidade de saúde, conhecer a procedência das usuárias e o relacionamento com os familiares é de fundamental importância para intervenções cotidianas e também para as de urgências.

o interessante é observar que o Serviço Social sempre é acionado quando o usuário não tem registro de nenhum familiar por ele ou com ele durante o seu atendimento. A preocupação da equipe de saúde, em hospitais

gerais, por exemplo, é se o paciente vier a ter alta e não ter para onde ir. Como desocupar o leito após seu restabelecimento se não conta com ninguém para retirá-lo do ambiente hospitalar? (SODRÉ, 2005, p. 134).

Nas unidades de saúde quando são discutidas as diferenças sociais, visando o direcionamento e a qualidade das ações, faz-se necessário conhecer a realidade social da comunidade atendida construindo subsídios para intervenção através do levantamento de dados que caracterizem essa população. Este fato é confirmado por (LEAL et al. 2005) quando demonstram a importância do assunto através de pesquisa realizada, para discutirem as desigualdades raciais, sócio - demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, no período de (1999 a 2001), realizaram um levantamento de dados nos prontuários e entrevistas com questionários padronizados, avaliando a cor, escolaridade, profissão e outros dados que permitiram verificar dois níveis de discriminação, a educacional e a racial.

Em meio às transformações que vêm ocorrendo na sociedade global, com repercussões profundas na sociedade brasileira, os profissionais em geral e o assistente social têm que apreender as novas mediações que vão se construindo e que resultam de uma maneira peculiar no nosso trabalho cotidiano. Torna-se fundamental conhecer essa nova realidade, vislumbrando estratégias de resistências de acordo com a realidade de nosso trabalho. (IAMAMOTO, 1998 ).

É necessária a compreensão das relações e das questões sociais, como se produzem e reproduzem em nossa sociedade. Criar estratégias ou alternativas para enfrentá-las é tarefa dos trabalhadores do campo social, incluindo a área de saúde.

A realidade atual exige um novo comportamento das várias categorias profissionais, inclusive para a sua inserção no mercado competitivo que solicita profissionais com várias aptidões e que desenvolvem vários tipos de trabalho com a população. Neste sentido os autores discutem o Sistema de Inovação em Saúde: ressaltando a importância das relações entre as áreas de ciências e setores econômicos e concluem:

que o Sistema Nacional de Inovação em Saúde caracteriza-se como um sistema setorial onde a competitividade tem conteúdo social maior do que o econômico, o que sugere para políticas públicas assim orientadas, bem como uma desejável identidade com valores com o Sistema Único de Saúde. (PEREIRA et al. 2004,p.1 ).

O trabalhador social atua junto às políticas sociais e, a partir dessa ação, pode contribuir para a criação de novos projetos e políticas sociais de interesse da população e socializar essa discussão com outras categorias profissionais que atuam no mesmo campo. “É a manifestação do seu trabalho inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social” (IAMAMOTO, 1998, p.27).

Autores como Minayo, (2005, p.63), discutem a importância da equipe interdisciplinar no atendimento à saúde relatando que a melhoria da situação da saúde é resultado da combinação entre fatores demográficos, econômicos e sociais, que apenas serão alcançados através de intervenções planejadas e conjuntas, lembrando os conceitos de saúde descritos pela OMS e pela Constituição.

O CAISM tem um objetivo claro - o atendimento integral à saúde da mulher - e conta com profissionais especializados e preparados para exercer uma atuação não

fragmentada. O olhar profissional deve ser sempre direcionado para os aspectos biopsicossociais.

Os serviços geridos pelas instituições e repassados à população são uma das formas de espaço de cidadania. Porém, sabemos que isso não é claro para grande parte dos usuários e que o benefício é visto como uma ação benevolente do Estado.

os serviços sociais são uma expressão concreta dos direitos sociais do cidadão, embora sejam efetivamente dirigidos àqueles que participam do produto social por intermédio da cessão de seu trabalho, já que não dispõem do capital nem da propriedade da terra. São serviços a que têm direito todos os cidadãos, mas são serviços que vêm suprir a necessidade daqueles cujo rendimento é insuficiente para ter acesso ao padrão médio de vida do cidadão . (IAMAMOTO, 1982, p. 92).

O CAISM é um centro de referência à saúde da mulher criado em 1986 e faz parte do complexo hospitalar da UNICAMP. Seu objetivo central é o atendimento à mulher e ao recém-nascido de forma integral valorizando os aspectos biopsicossociais. O conhecimento das características sociais de mulheres usuárias do sistema de saúde do CAISM pode ser um elemento a mais na contribuição e elucidação de problemáticas sociais que podem interferir no tratamento médico proposto.

O hospital também é um dos espaços concretos de exercício de cidadania, sendo importante que a caracterização social das usuárias através dos dados estatísticos da pesquisa seja disponibilizada para os demais profissionais, ampliando assim o conhecimento da realidade social da população atendida na instituição.



É nesta perspectiva que o conhecimento de maneira sistematizada do perfil social das usuárias possibilitará que outros profissionais se apropriem destes dados na elaboração da produção teórica que exige a caracterização da população - alvo.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo descritivo e prospectivo com entrevistas estruturadas. O tamanho da amostra foi baseado na população do CAISM. Tomou-se como base a média de consultas e internações mensais, segundo relatório mensal de consultas formulado pelo SAME / CAISM. Estima-se que passem pelo CAISM 7.685 mulheres por mês e 92.218 por ano. A amostra foi calculada no período de um ano, assumindo-se nível de significância de 5% e erro amostral de 5% e cálculo de amostra baseado em população, obtendo-se  $n = 400$ .

Através das mesmas informações, pode-se observar o percentual de representatividade de cada setor a ser estudado, e a amostra de 400 foi dividida proporcionalmente para evitar vícios na coleta dos dados.

Apesar da amostra ser representativa de um ano, a coleta em período menor do referido não elimina a aleatoriedade dos dados (COCHRAN, 1963).

Os sujeitos foram mulheres convidadas na primeira consulta, dos diferentes ambulatórios e unidades de internação do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM /UNICAMP por um período de dois meses.

Os critérios de inclusão foram mulheres atendidas nos diferentes Ambulatórios e Unidades de internação. Foram excluídas as mulheres com deficiência mental e/ou distúrbios psiquiátricos, as que possuíam alterações auditivas ou fônicas. As que não desejaram participar do estudo.

Foi utilizado um questionário estruturado com perguntas pré codificadas. O questionário estruturado utilizado é o instrumental de trabalho dos assistentes sociais e já vem sendo aplicado há cinco anos às usuárias nos diferentes espaços de atuação do assistente social do CAISM.

Os questionários preenchidos foram submetidos à revisão manual com relação à qualidade das informações. Foi criado um banco de dados no software EPI-INFO 6.04b (de domínio público) (DEAN et al, 1994) com dados digitados por duas pessoas diferentes e revisados através de um programa para a detecção de erros lógicos e inconsistências nos registros.

O nível de significância assumido foi de 5%. O software utilizado para análise será o SAS versão 8.2 e o Excel para execução dos gráficos.

A análise foi realizada com conceitos de pesquisadores da área de Serviço Social e outros autores, que fundamentaram os dados coletados e trabalhados estatisticamente.

## RESULTADOS

Considerando que o objetivo do trabalho foi levantar os aspectos sociais das usuárias do CAISM, com fundamentações de fatores determinantes e condicionantes expresso pela Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde, que considera a importância dos níveis de saúde da população na expressão da organização social e econômica do país, os resultados obtidos neste estudo específico contemplam estas características. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos.

Na tabela 1 verificamos que a faixa etária apontada em nossa pesquisa foi de 13 a 82 anos. Observamos as usuárias por área de atendimento, constatamos na oncologia usuárias com 82 anos de idade, de acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2006) essa doença tem uma maior incidência em mulheres acima de 30 anos.

Em relação às áreas de obstetrícia, neonatologia, reprodução humana que prestam atendimento às gestantes, puérperas e mulheres que buscam planejamento familiar, analisamos a partir dos dados pesquisados a presença de adolescentes de 13, 16 e 17 anos demonstrando o início precoce das relações sexuais e a possibilidade de uma gravidez não planejada, de uma possível contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, reforçando a importância da informação no enfrentamento das conseqüências que envolvem esse processo.

**Tabela 1-** Faixa etária das usuárias de acordo com a área de atendimento

Área	N	Média			Mais nova	Mais velha
		idade	Desvio - padrão	Média		
Neonatologia	12	26,9	6,6	27,5	17	34
Ginecologia	77	32,7	14,7	29	13	75
Oncologia	147	52,4	13,4	52	17	82
Obstetrícia	97	28	7,4	27	13	42
Reprodução Humana	67	33,9	8,5	33	16	54

**Fonte:** Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

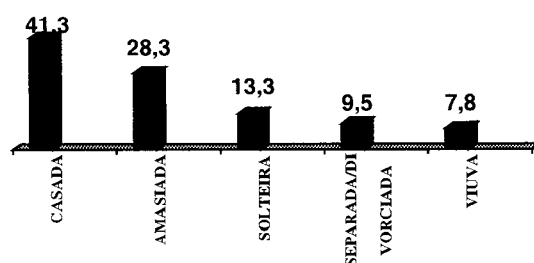
É importante ressaltar na tabela 2, das usuárias entrevistadas 25,3% não pertencem à Divisão Regional de Saúde - DIRXII referente à área de atendimento do CAISM, e 3% são de outros estados, principalmente da região Sul de Minas Gerais devido à proximidade geográfica e à escassez de recursos de saúde em seus municípios e nos municípios de referência do seu Estado. O atendimento às outras DIRs do Estado de São Paulo pode ser analisado devido às especificidades tecnológicas dos serviços prestado pelo hospital, não excluindo também, como nos outros estados, a deficiência na implantação da regionalização do atendimento à sua população.

**Tabela 2-** Distribuição das usuárias de acordo com a DIR- divisão regional de saúde

<b>Divisão Regional de Saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
DIR XII – exceto Campinas	146	36,5
DIR XII – Campinas	141	35,2
SP – outras DIRs	101	25,3
Outros Estados	12	3,0

**Fonte:** Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

Observamos no gráfico 1 que as mudanças nas relações familiares são representativas em nossa pesquisa, refletidas pelo aumento das uniões estáveis diante da legislação que garante os mesmos direitos do casamento civil, pelo crescente número de famílias chefiadas por mulheres e pela responsabilização do homem pela paternidade, representando assim uma organização familiar diferente da família nuclear tida como modelo.

**Gráfico 1-Representação das usuárias segundo o estado civil**

Fonte: Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

Na abordagem da religiosidade, verificamos o expressivo número de católicos que contabilizou 59,0% das entrevistadas, reafirmando as estatísticas nacionais (Censo 2000) que apontam 73,6% da população como católica. Destacamos também os 24,5% de evangélicos, número que demonstra o seu crescimento no país.

A questão da religião representa um papel fundamental nas manifestações culturais, sociais, políticas e de saúde da população brasileira. O conhecimento sobre a religiosidade das usuárias dos serviços de saúde é essencial diante da atuação teórica e prática e do cumprimento dos princípios fundamentais dos assistentes sociais, que é o de exercer a atividade de trabalho sem serem discriminados e nem discriminar, por questões de classe, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física, e nos

orientar na condução dos diversos trabalhos sócio educativos que perpassam pela sexualidade feminina.

**Tabela 3** Distribuição das usuárias de acordo com a religião

Religião	n	%
Católica	236	59,0
Evangélica/Protestante	98	24,5
Sem Religião	37	9,3
Espírita	23	5,6
Outras	5	1,3
Ignorado	1	0,3

**Fonte:** Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

Os pressupostos teóricos e estatísticos de pesquisadores da área social reafirmam a condição socioeconômica da população brasileira e, em especial das pessoas que se encontram em condições de vulnerabilidade como fator preponderante para inserção nas diferentes políticas sociais, como educação, habitação e saúde. Neste aspecto, Pereira ressalta que concretizar direitos sociais significa:

(...) prestar à população, como dever do Estado, um conjunto de benefícios sociais. Sendo assim, o direito de ser concretizado pela política de assistência social afigura-se, ao mesmo tempo, como um dever de prestação por parte do Estado e um direito de crédito ou parte da população aquilo que lhe é essencial para garantir a sua qualidade de vida e a sua participação cidadã ( PEREIRA, 2004, p. 221).

Neste sentido, os dados da pesquisa confirmam que a população atendida pelo CAISM também é carente de recursos e demonstram o baixo poder aquisitivo como um dos fatores importantes. Constatamos que a renda familiar predominante é até 3 salários mínimos.

Os dados apontam que parcela significativa das mulheres tem contribuição efetiva no orçamento doméstico. Este dado pode estar relacionado com as mudanças ocorridas nas últimas décadas no perfil das famílias brasileiras, com o expressivo aumento de famílias chefiadas por mulheres.

Dados do IBGE mostram que as famílias chefiadas por mulheres no Brasil, em 1992, eram estimadas em 21,9%; em 1999 este grupo representava 26,0%, totalizando 11,1 milhões de famílias, significando que uma em cada quatro famílias brasileiras são chefiadas por mulheres.

**Tabela 4** - Distribuição Renda Familiar

Renda Familiar	n	%
0	15	3,7
Até três sm	215	53,7
Mais de 3 até 5 sm	101	25,2
Mais de 5 até 7 sm	52	13,2
Mais de 7 sm	12	3,0
Sem informação	5	1,2

\* sm = R\$ 300,00 na época

**Fonte:** Pesquisa de Campo CAISM/ 2005



A tabela 5 demonstra que 35,0% das mulheres entrevistadas não exercem atividades remuneradas, declarando-se donas de casa; das que trabalham, a profissão com maior evidência foi a de empregada doméstica.

As profissões que as usuárias exercem também vão de encontro às da população feminina exercida pela mulher oriunda da classe subalterna no Brasil, que são historicamente pouco reconhecidas e com baixa remuneração.

**Tabela 5** -Distribuição em relação à ocupação

<b>Profissão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aposentada	34	8,5
Costureira	11	2,8
Desempregada	29	7,3
Do lar	140	35,0
Doméstica	29	7,2
Estudante	15	3,7
Pensionista	16	4,0
Outras	124	31,0
Sem Informação	2	0,5

**Fonte:** Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

Outra característica encontrada referente ao nível educacional é que aproximadamente 50,0% não concluíram o ensino fundamental e 6,8% disseram ser analfabetas.

Estes dados demonstram a necessidade de visualizar as mulheres e disponibilizar a elas um maior espaço nas políticas públicas visando garantir para a população feminina acesso a uma educação de qualidade, comprometida com a igualdade entre homens e mulheres.

Necessário se faz que os governos em todas as suas esferas adotem uma política educacional direcionada a conferir às mulheres *empowerment*, baseada no princípio de equidade de oportunidades. Neste sentido, a educação é uma forte aliada para descortinar a diferenciação entre homens e mulheres existente na sociedade brasileira, uma vez que, segundo os dados do IBGE, as mulheres ganham menos que os homens em todos os Estados da União e em todos os níveis de escolaridade, mesmo entre as mulheres com mais anos de estudo. Em 1999, as trabalhadoras do sexo feminino ganhavam 60,7% do que recebiam os homens.

Percebemos que 27,2% das entrevistadas somam 3 pessoas na composição familiar e somente 10,0% o número varia entre 6 e 8 pessoas.

Com base nos dados da PNAD (Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio) de 1992 a 2001, um dos destaques no perfil das famílias brasileiras é a redução da quantidade de seus componentes. Dados estes que podemos constatar nas famílias representadas pelas usuárias atendidas pelo CAISM.

**Tabela 6-Representação da composição familiar**

Quantidade de membros	n	%
1	24	6,0
2	78	19,5
3	109	27,2
4	92	23,0
5	54	13,5
6	21	5,3
7	14	3,5
8	8	2,0

**Fonte:** Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

O meio de transporte utilizado por 43,5% das usuárias é urbano, seguido de 34,7% que utilizam o transporte disponibilizado pelas prefeituras das cidades em que residem.

Como já foi demonstrado a maioria das entrevistadas é proveniente da classe social menos favorecida. O gasto com transporte em muitos casos inviabiliza o tratamento de qualidade oferecido pelo CAISM, caracterizando a importância da discussão da viabilização e garantia do transporte municipal, como direito de cidadania da paciente, resultando em melhoria de sua saúde.

**Tabela 7-Distribuição por tipo de transporte utilizado no tratamento.**

<b>Transporte</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ônibus	174	43,5
Carro Particular	85	21,3
Condução Prefeitura	139	34,7
Outros	2	0,5

**Fonte** Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

O fato de a maioria das usuárias do CAISM, que representa 56,7%, residir em casas próprias não demonstra que sua situação econômica e social seja favorável ou que tenha acesso à escolaridade, infra-estrutura, cultura e lazer; uma vez que:

As manifestações cotidianas, imediatas e visíveis da pobreza indicarem estado ou condição de privação, de vulnerabilidade, de fragilidade, de dificuldade e de insegurança para a satisfação das necessidades básicas e vitais. (...) As condições sociais de existência nesse caso subtraem das pessoas o direito à escolha, a ter preferências e a buscar o que proporciona maior satisfação (SILVA, 2003, p.1).

Apresentando os dados do tipo de moradia de nossas usuárias, pudemos constatar que a porcentagem maior reside em casa de alvenaria, 98,8%, seguida de casas de madeira, 1,0% e barracos, 0,2%.

Esses últimos podem indicar-nos condições de vulnerabilidade para a usuária e sua família, estando essas expostas não somente à questão de subalternização e apartação social.

Sob estes aspectos, sabemos que há regiões em todo o Brasil desprovidas de tais recursos e amparo, abandonadas pelo setor público e sem atenção do setor privado, tanto no sentido de recursos de infra-estrutura para seu funcionamento, como no investimento de capacitação profissional e salários.

Quanto à moradia, foi observado que a maior porcentagem são de residências de alvenaria que possuem mais de um quarto, o que pode significar estar mantida a privacidade dos membros da família, compreendendo-se por privacidade o respeito à individualidade, opções e respeito pelos espaços físicos e internos dos membros de convívio, constatando, assim, ser essa questão fator importante não só na educação como também na cultura relacional familiar.

**Tabela 8-**Representação da condição de moradia, tipo de moradia e valor pago

<b>Condições de moradia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Própria	227	56,7
Alugada	85	21,3
Agregada	7	1,7
Cedida	58	14,5
Financiada	13	3,3
Outros	10	2,5
<b>Valor sal. Mínimos</b>		
0	5	5,1
Até 3 sm	93	94,9
<b>Tipo de casa</b>		
Alvenaria	395	98,8
Madeira	4	1,0
Barraco	1	0,2

\* salário mínimo de referência R\$ 300,00

Fonte Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

Observamos que a maior parte das usuárias reside na zona urbana, equivalendo a 92,0% da totalidade das entrevistadas, estando essas expostas a situações de riscos urbanos constantes em relação à sua integridade física, moral, social e emocional.

Porém, por outro lado, residir em zona urbana pode facilitar, dentre outras coisas, o acesso a escolas e creches, o que possibilita a inserção no mercado de trabalho por parte das

mães, podendo estas deixar seus filhos amparados, uma vez ser crescente o número de mulheres que assumem a liderança da casa.

Constatamos que 8,0% de usuárias residem em zonas rurais, o que pode representar maior dificuldade de acesso a informações e serviços de saúde, assistência farmacêutica, educacional, transporte, saneamento básico e infra-estrutura.

Ainda sob esse enfoque, porém observando o outro lado dessa realidade, viver em zona rural, em tese, propicia uma vida mais livre, com maior contato natural e sem o distanciamento relacional que a tecnologia traz.

**Gráfico 2 – Representação da localização da moradia**



Fonte Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

Em relação à questão da infra-estrutura, 98,5% de nossas usuárias residem em regiões que possuem luz elétrica; 95,3% das usuárias possuem coleta de lixo; 92,3% têm telefones públicos em seus bairros; 91,8% têm fácil acesso ao transporte coletivo; 90,8%

residem próximas a correios; 89,8% têm escolas nas proximidades de suas residências e 88,8% têm fácil acesso a supermercados.

Também observamos que 85,0% das usuárias têm acesso a postos de saúde; 84,8%, a creches; 82,5%, a farmácias; 82,3% residem em regiões já asfaltadas e 79,3% possuem de rede de esgoto em suas moradias e 92,8% possuem água encanada.

**Tabela 9-**Representação da infra-estrutura

<b>Infra-estrutura</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Esgoto	317	79,3
Água encanada	371	92,8
Luz elétrica	394	98,5
Coleta de lixo	381	95,3
Escola	359	89,8
Posto de saúde	340	85,0
Farmácia	330	82,5
Supermercado	355	88,8
Transporte	367	91,8
Correio	363	90,8
Creche	339	84,8
Telefone	369	92,3
Asfalto	329	82,3

**Fonte** Pesquisa de Campo CAISM/ 2005

Diante desses percentuais, pudemos constatar que, em sua maioria, as usuárias têm sido assistidas, ao menos teoricamente, em quase toda a integralidade de assistência, sendo esta compreendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, individuais e coletivos, necessários a todos os níveis de complexidade de nosso sistema.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que o Estado tem o dever de garantir a saúde coletiva tendo, para isso, que efetivar diversas ações políticas, econômicas e sociais no âmbito da redução de riscos de doenças graves, assim como assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços que garantam a promoção, proteção e recuperação, uma vez que segundo a 8ª Conferência Nacional da Saúde de 1986, a Saúde é resultante de fatores como: boa alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, dentre outros, a fim de garantir à população e aos indivíduos condição de bem - estar físico, mental e social. Partindo deste pressuposto, para se ter saúde é primordial que as condições sociais do ser humano sejam favoráveis em suas necessidades básicas ( BRAVO, 2004).

Portanto, a preconização que a saúde é resultante do fator social se torna essencial para grande parte destas usuárias e para os brasileiros em geral.

Sabemos que a sociedade brasileira configura-se em todo o seu processo histórico pelo contraste: de um lado, a riqueza abundante; do outro pobreza extrema. Com as mudanças ocorridas em todo o mundo nos últimos vinte anos, com o advento da globalização e do neoliberalismo, as desigualdades entre ricos e pobres têm aumentado, acirrando os problemas sociais, que o país desde o seu nascedouro nunca conseguiu resolver, tendo como resultado um verdadeiro “apartheid” social.

O quadro de agudização da questão social é compreendido por Yamamoto (1998,p.27) como o “conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista”. É em um contexto de desigualdade social e econômica, subalternização, não pertencimento e de negação da cidadania que se encontra parte das usuárias do Serviço Social no CAISM, como tem revelado esta pesquisa.

Outra constatação que a pesquisa demonstrou foi a de os dos governos municipais das cidades representadas arcar com os recursos sociais para garantia da permanência e retorno ao tratamento da prevenção e da recuperação da saúde. Diante da preconização da LOS (Lei Orgânica da Saúde), é dever do Estado a responsabilidade de reformular e executar políticas públicas, objetivando o acesso universal e igualitário à saúde.

Portanto, fica presente em nós profissionais, diante da realidade trazida pelas usuárias, a necessidade da real efetivação e acesso aos recursos sociais a partir da construção de uma prática comprometida com os direitos instituídos pela Constituição de 1988, garantindo assim o pleno exercício da cidadania.

#### **ABSTRACT**

The objective of this study was to describe the socioeconomic profile of the clients receiving care at the different specialist clinics and inpatient departments of the Center for Women's Comprehensive Healthcare, to assist the attendance by social workers and the multidisciplinary team. The methodology consisted of a quantitative/qualitative study using a structured questionnaire and individual interviews carried out with 400 clients of the outpatient and inpatient units. The data referring to socioeconomic and cultural levels of the clients have a direct influence on the process of health and disease; therefore, the manifestations of the social question, the central focus of the social workers, were discussed.

**KEYWORDS:** attendance; socioeconomic profile, women's health

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Capítulo VII, Artigo 196.

**Coletânea de Leis**, Santa Catarina: CRESS, 2001.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.42 de 7 de dezembro de 1993.

**Coletânea de Leis**, Santa Catarina: CRESS, 2001.

BRAVO, M.I.S (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

COCHRAN, W.G. **Técnicas de Amostragem**. 2 ed. Portugal: Fundo de Cultura, 1963.

DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D.; BRENDEL, K. A.; SMITH, D. C.;

BURTON, A. H.; DICKER, R. C.; SULLIVAN, K.; FAGAN, R. F.; ARNER,

**T.G - Epiinfo, version 6: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 1994.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**. Cortez, 1998. 326p.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico- metodológica**. 11 ed. São Paulo, Cortez, 1982. 383p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>> Acesso em 05/01/2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em:  
<<http://www.ibge.com.br>> acesso em 05/01/2006.

LEAL, M.C; GAMA, S.G.N; CUNHA, CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999–2001. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n.1, p.100-107, 2005.

LEON, R. B. Bienestar, Salud Publica y Cambio Social. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MERHY, E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997, p. 125 - 141).

MINAYO, M. C. S. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

PEREIRA, J.C.R; BALTAR, V.T; MELLO, D.L. Sistema Nacional de Inovação em Saúde: relações entre áreas de ciência e setores econômicos. **Revista Saúde Pública**. v. 38, n. 1, p. 1-8, 2004.

SANTOS, J.A.F. Uma Classificação socioeconômica para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: USP, v. 20, n. 58, p. 27 –45, 2005.

SILVA, A. A. Política de combate à pobreza. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas: UNICAMP, v.2, n.2, 2003, p.1-8.

SODRÉ, F. A. Atuação do Serviço Social em cuidados paliativos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Cortez Editora v.26, n. 82, p. 31-147, 2005.

