OS INDICADORES DO ESTUDO SÓCIO ECONÔMICO NA CONSTRUÇÃO DO
RELATÓRIO SOCIAL NO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS
CRANIOFACIAIS

Ana Paula De Araújo Ramos Pavão¹

Maria Inês Gândara Graciano²

Soraia Helena Bonfim Blattner³

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar e reconstruir os indicadores constitutivos do protocolo do estudo social do serviço social do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais da universidade de São Paulo (HRAC-USP), visando adequá-lo, à modernidade informatizada para agilizar sua aplicabilidade no relatório social. esta pesquisa permitiu analisar a documentação dos assistentes sociais na construção do relatório social, bem como redefinir e ampliar os indicadores do protocolo do estudo sócio econômico.

PALAVRAS- CHAVE: indicadores sociais; estudo sócio econômico; relatório.

1.INTRODUÇÃO.

¹ Assistente Social Aluna Do Curso De Especialização Em Serviço Social Na Área Da Saúde E Reabilitação Pelo Hospital De Reabilitação De Anomalias Craniofaciais Da Universidade De São Paulo (Hrac-Usp).

² Diretora Técnica Do Serviço Social Do Hrac-Usp E Doutora Pela Pontifícia Universidade Católica De São Paulo (Puc-Sp).

O Hospital de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) é um serviço público, de alta complexidade e tecnologia, tendo como finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços à população portadora de anomalias craniofaciais e distúrbios correlacionados à audição, linguagem e visão.

O atendimento prestado pelo HRAC é público e integral, mantido financeiramente com recursos da Universidade de São Paulo (USP) e do Sistema Único de Saúde (SUS), com o apoio da Fundação para o Estudo e Tratamento de Anomalias Craniofaciais (FUNCRAF), desenvolvendo ambas as organizações, importante parceria por um meio de suporte financeiro, técnico e operacional (FREITAS et al., 2001).

O HRAC-USP chamado carinhosamente de “Centrinho” desenvolve um trabalho impar quanto a sua filosofia de humanização e interdisciplinaridade, visando a reabilitação global do paciente. O tratamento exige um acompanhamento contínuo desde o nascimento, até a fase final do desenvolvimento e inclui todas as etapas terapêuticas necessárias à reabilitação, desenvolvidas pela equipe composta pelas áreas de:- medicina (pediatria, clínica geral, otorrinolaringologia, cirurgia plástica e genética), odontologia (odontopediatria, clínica geral e ortodontia), fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, recreação e outras.

Nessa equipe o serviço social, tem como objetivo principal, viabilizar o acesso ao tratamento no HRAC-USP e sua continuidade, visando a inclusão social dos portadores de anomalias craniofaciais. O serviço social é departamentalizado em três setores: Ambulatório

³ Assistente Social Do Hrac-Usp, Mestre Em Serviço Social Pela Unesp De Franca.

Interação e Projetos Comunitários, contando com diferentes programas e práticas profissionais.

O serviço social ambulatorial, local de nossa prática profissional, objetiva atender as demandas sociais, prestando assistência e serviços sociais aos usuários/familiares, enquanto direito e cidadania.

Nesses os atendimentos ambulatoriais (casos novos, plantão e acompanhamentos), a equipe de serviço social utiliza da entrevista e observação como elementos importantes para a realização da investigação diagnóstica e intervenção social.

A necessidade de estudar e diagnosticar a condição social dos pacientes tem sido uma das constantes demandas do serviço social da área hospitalar. Profissionais da equipe interdisciplinar da saúde necessitam conhecer as condições de vida do paciente em seu meio familiar e na sociedade (CAMARGO, 2000).

Cabe, portanto ao serviço social, fornecer á equipe interdisciplinar, uma visão da realidade sócio econômica e cultural do paciente, interpretando o diagnóstico das suas condições de vida, colaborando no planejamento do tratamento com base na realidade social de cada um (GRACIANO et al., 1999).

O Serviço Social do HRAC-USP utiliza-se de uma metodologia própria para o estudo sócio econômico, que compreende os seguintes indicadores:- situação econômica da família, número de membros, escolaridade, ocupação e habitação, sistematizados em uma tabela com seis estratificações:- baixa inferior (bi), baixa superior (bs), média inferior (mi), média (m), média superior (ms), e alta (a) (graciano ET AL., 1999). Além da classificação sócio econômica, o estudo social engloba outras questões sociais enfocando as relações sociais na família, trabalho, escola e comunidade. enfoca, ainda, os conhecimentos dos

recursos próprios e/ou da comunidade para a reabilitação visando a intervenção social, estudo esse informatizado pelo serviço social do hrac-usp desde 1987.

O Serviço Social do HRAC-USP tem como referência o estudo social para a efetivação de suas ações, tendo observado na sua prática cotidiana a necessidade de se redefinir e ampliar os indicadores sociais para a construção do relatório social, objeto de estudo desta pesquisa.

2. CATEGORIAS TEÓRICAS: MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS LÁBIO PALATAIS, FAMÍLIA E INDICADORES SOCIAIS.

2.1. AS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS LÁBIO PALATAIS E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO.

As malformações congênitas lábio palatais, constituem-se em alterações anatômicas e funcionais do terço médio da face, resultantes de uma interrupção do desenvolvimento ou falta de fusão das eminências e dos processos envolvidos no desenvolvimento da face e do palato” (MOORRE, 1984, p. 50).

As fissuras podem ser classificadas segundo spina (1979) em: pré-forame incisiva:- (fissuras de lábio, podendo ou não compreender a arcada alveolar), pós-forame incisivo (fissuras que afetam as fendas palatinas) e transforame incisivo (fissuras que atingem o lábio, arcada alveolar, palato anterior e palato posterior).

As fissuras podem ser decorrentes de fatores genéticos e ambientais, mas apesar de diversas pesquisas, ainda não se definiu a causa específica.

Os portadores de fissura lábio palatais, apresentam vários problemas estéticos, funcionais e psicossociais. Portanto, o processo de reabilitação envolve uma equipe interdisciplinar, composta por diversos profissionais em que o assistente social está

inserido, visando prevenir ou intervir junto a aspectos psicossociais , tendo como núcleo fundamental a família.

2.2. A FAMÍLIA: CONCEITUAÇÃO E TIPOLOGIA.

A definição dominante de família congrega um conjunto de palavras afins:- pai, mãe, filhos, casa, unidade doméstica, casamento e parentesco. A família tida como “legítima”, “normal”, que se interioriza no imaginário da maioria das pessoas, caracteriza-se como um conjunto de indivíduos aparentados que se ligam entre si por aliança, casamento, filiação, adoção ocasional ou afinidade, é o pressuposto comum que esses indivíduos habitem um mesmo teto (OSTERNE, 2001).

É o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar, ou da forma que se estruturam. É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo materiais, necessários ao desenvolvimento e bem estar de seus componentes.

A família possui papel fundamental na reprodução biológica e também na construção da identidade pessoal e nas relações sociais. é o âmbito privilegiado para a socialização, pois constitui a mediação entre o homem e a sociedade.

A família vivida é descrita por Gomes (1988, p. 26) como “um grupo de pessoas vivendo numa estrutura hierarquizada, que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, (incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com crianças e idosos que aparecem nesse contexto)”.

A sociedade ainda utiliza a família nuclear (família pensada) como o modelo ideal, mas observamos que os arranjos familiares (família vivida) se tornam mais presentes na denominação de família.

Segundo Guimarães et al. (1999), a família pode ser classificada como:-

- Nuclear:- casal com ou sem filhos, ou filhos solteiros;
- Extensa:- família nuclear acrescida da presença de um ou mais parentes no domicílio.
- Composta:- família nuclear que conta com a presença de um ou mais pessoas não aparentadas.
- Ampliada - resultante do casamento; e pessoas separadas e ou divorciadas, que juntam parentes e descendentes de novos lares.
- Monoparental:- mulher ou homem sozinhos respondem pela manutenção da casa e criação dos filhos;

A família ideal faz parte dos padrões culturais da nossa sociedade, pois envolve valores, normas e práticas que se manifestam mediante objetivos e formas de agir e de pensar, sendo estes transmitidos de geração a geração.

A questão familiar deve ser compreendida pela ótica do respeito, da dependência, da reciprocidade e dos valores que estão impregnados na estrutura familiar.

Desta forma, entendemos que a família e suas relações sociais constituem se numa das categorias fundamentais para o estudo social, dentre os demais indicadores sociais.

2.3 - OS INDICADORES SOCIAIS

O autor Jannuzzi (2003, p. 15) define indicador social como sendo “uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar

acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma”.

Esse autor afirma que na pesquisa acadêmica, o indicador social é o elo de ligação entre a teoria e os fenômenos sociais, enquanto na visão programática é o instrumento operacional na formulação de políticas sociais.

Os indicadores sociais se classificam segundo a área temática da realidade social que se refere, como:- indicadores de saúde, sociais, de mercado de trabalho, demográficos, habitacionais, de segurança pública e justiça, de infra-estrutura urbana e indicadores de renda e desigualdade.

A validade de um indicador corresponde à proximidade entre o conceito e a medida, isto, é a sua capacidade de refletir, de fato, o conceito abstrato a que o indicador se propõe a substituir ou operacionalizar.

Além da relevância social, validade e confiabilidade, um indicador social deve ter um grau de cobertura adequado aos propósitos a que se presta, deve ser sensível, específico, reprodutível, comunicável, atualizável, periodicamente, a custo factíveis, ser amplamente desagregável em termos geográficos, sócio demográfico e sócio econômicos e gozar de certa historicidade (JANNUZZI, 2003, p. 27).

Segundo esse autor, os indicadores sociais são construídos especialmente a partir de estatísticas sociais, como o censo demográfico e pesquisas amostrais.

O censo brasileiro é o mais atual e detalhado em relação aos censos internacionais, tendo como seus principais indicadores sociais: - demográficos e de saúde; educacionais e culturais; de mercado de trabalho; de renda e pobreza; habitacionais e de infra – estrutura urbana; de qualidade de vida e meio ambiente, políticas sociais e de opinião pública.

Jannuzzi (2003), afirma que os indicadores sociais podem contribuir no apontamento da magnitude das carências e atender às diversas áreas de intervenção.

Desta forma o conhecimento do significado, dos limites e potencialidades dos indicadores sociais pode ser de grande utilidade para os diversos agentes e instituições envolvidas na definição das prioridades sociais e na alocação de recursos.

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

2.3.1. O ESTUDO SOCIAL E OS INSTRUMENTAIS TÉCNICO-OPERATIVOS

O estudo social segundo a Lei nº 8 662/93 é de competência do assistente social a quem cabe: “realizar estudo sócio - econômico com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indiretas, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993, p. 7613).

“O estudo social é um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer profundamente, e de forma crítica uma determinada situação ou expressão da questão social, objetivo da intervenção profissional“ (FÁVERO, 2003, p. 43).

É baseado no contexto familiar e na realidade social, tendo como finalidade subsidiar decisões e ações, possibilitando a coleta de informações a respeito da realidade sócio

familiar de cada indivíduo e família e as questões sociais que afetam suas relações sociais, especialmente seus aspectos sócio econômicos culturais.

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

O profissional capta e analisa que é expresso verbalmente e observam atitudes, gestos, olhares, para desvelar o que não foi expresso verbalmente.

A construção do estudo social é pautada em quatro itens fundamentais: O que: conhecer através do estudo; Por quê: quais os objetivos; Para que: com quais finalidades; Como: quais instrumentais e técnicas serão utilizadas para a ação.

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

Segundo Sarmento (1994, p. 241):

os instrumentais e técnicas são maneiras de levar à prática, permitem a operacionalização da proposta de ação, pois é através dele que contactamos com a realidade, conhecendo-a para, através dele, intervir”. Esse autor afirma que “o método é o caminho

teórico para o conhecimento da realidade, enquanto que sua transformação, vai ser orientada por uma proposta de ação que é operacionalizada pelos instrumentos e técnicas. É a metodologia que vai garantir ao serviço social o conhecimento e a transformação de um dado objeto construído, entendido como uma unidade do método com as técnicas e instrumentos, cuja teoria ofereceu uma determinada visão de homem e de mundo, dirigindo uma ação sobre o objeto, cuja transformação é intencional e situada. Não dissocia, portanto o método - teoria –objeto” (SARMENTO, 1994, p. 239).

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

O relatório social é um documento em síntese, construído à partir de relato objetivo, em que são descritos todos os fatos significativos a respeito da situação social em análise.

Dentro deste contexto Fávero (2003, p. 44) afirma que “o relatório social se traduz na apresentação descritiva e interpretativa de uma situação ou expressão da questão social, enquanto objeto de intervenção profissional do cotidiano laborativo.

Os relatórios podem ser classificados em:⁴

⁴ Fonte : Albiero, C.M.G. Serviço social processo de trabalho III. Bauru: Faculdade de Serviço Social de Bauru, Instituição Toledo de Ensino, 2003. [106 p.].

Relatórios descritivos:- encerram um relato cronológico do desenvolvimento de uma entrevista, reunião ou visita domiciliar, descrevendo a situação e técnicas empregadas.

- Relatórios descritivos condensados:- são descritos fatos e como se seguiram , são registrados apenas dados necessários para a apreciação do fato. O assistente social não inclui dados técnicos (instrumentais, objetivos, parecer social, diagnóstico ou síntese interpretativa).

- Relatórios processuais:- são descritos fatos ou instrumentais técnicos operativos utilizados, os objetivos. É o mais detalhado e valioso para a reflexão do trabalho. O assistente social informa o seu parecer social.

Na prática profissional, o relatório social é de fundamental importância, pois contribui para o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, favorece o trabalho científico e garante um atendimento compatível com as necessidades e aspirações da população usuária.

A documentação da realidade social pelo assistente social é o meio de comunicação escrita entre os demais profissionais do serviço social e profissionais da equipe interdisciplinar.

“A comunicação escrita é a interação, que se dá entre o leitor e o autor. É, portanto passiva, então não oferece a oportunidade de interromper ou clarificar, no caso de terem sido percebidas redundâncias ou contradições na fala do outro.”(MAGALHÃES, 2003, p. 31).

Para que o profissional tenha domínio da escrita, é necessário que adquira o hábito de leitura, manter contato com a linguagem escrita e desenvolver a capacidade crítica quanto à eficiência comunicativa de um texto.

“A linguagem escrita deve ser culta, técnica, identificada, com uma atuação e com um saber: uma linguagem, enfim, que possa demonstrar em qualquer instituição, a área de determinada competência profissional” (MAGALHÃES, 2003, p. 32).

A finalização da documentação da ação profissional se dá na emissão do parecer social, define como parecer social um instrumento técnico, que diz respeito a esclarecimento e análise, com base em conhecimento específico do serviço social, à questão ou questões relacionadas a decisões à serem tomadas.

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

3. OBJETIVOS E METODOLOGIA.

Propusemos como objetivo geral desta pesquisa, analisar e reconstruir os indicadores constitutivos do protocolo do estudo social do serviço social do HRAC-USP, visando adequá-lo, à modernidade informatizada para agilizar sua aplicabilidade no relatório social.

E por objetivos específicos: estudar, atualizar e redefinir conceitos dos indicadores do protocolo do estudo social; identificar modelos de documentação para a construção do relatório social; padronizar as terminologias utilizadas na elaboração do relatório social; propor formas de implementação e ampliação da informatização dos dados e sua operacionalização e racionalizar e qualificar o trabalho.

Utilizamos como base a pesquisa descritiva e explicativa. Segundo Gil (1989), o estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população e fenômeno ou o estabelecimento das relações entre as variáveis; o explicativo, tem como preocupação central, a identificação dos fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de fenômenos.

O tipo de abordagem utilizada foi quanti-qualitativa. Na quantitativa trabalhamos com as estatísticas, apreendendo os fenômenos, enquanto na qualitativa, aprofundamos o estudo, na compreensão dos significados. Portanto, abordagem quantitativa serviu de fundamento ao conhecimento produzido pela pesquisa qualitativa, complementando-se, pois a realidade abrangida por elas interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1997).

Para tanto, recorremos à pesquisa bibliográfica a partir das contribuições de diversos autores sobre o assunto e, a pesquisa documental, que se vale de materiais que não receberam tratamento analítico, no caso, os prontuários dos pacientes do HRAC-USP.

Na pesquisa documental, foi realizada a análise de 80 prontuários documentados pelas assistentes sociais do HRAC-USP dos setores de Ambulatório, Internação e Projetos Comunitários (dez prontuários de cada assistente social), desenvolvidos no ano de 2003. A análise se baseou na documentação dos indicadores que compõem o protocolo do estudo social, classificadas nas categorias: situação sócio econômica, número de membros residentes, habitação, educação, ocupação, recursos para a reabilitação e também o parecer social e a evolução social.

Além do estudo documental nos prontuários utilizamos, como técnica de coleta de dados, a entrevista semi estruturada com as oito assistentes sociais responsáveis pelos atendimentos de acompanhamento de casos nos referidos setores.

Na entrevista com as assistentes sociais, esclarecemos inicialmente o termo de consentimento informando os objetivos da pesquisa.

Para a apresentação dos dados, realizaremos a seguir, as análises descritivas, explicativas e comparativas com base nos relatórios sociais, bem como na opinião dos profissionais sobre os indicadores do estudo social, diante das necessidades de alterações e ou redefinições para a modernização dos mesmos.

4- A PESQUISA DE CAMPO: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.

A partir do perfil dos pesquisados, a apresentação e análise dos dados, terão como eixos fundamentais: às estratégias e os indicadores sociais utilizados no estudo social e na construção do relatório social.

4.1 – PERFIL DOS PROFISSIONAIS PESQUISADOS

Observa-se em relação ao perfil dos profissionais do serviço social do HRAC-USP, na sua totalidade são do sexo feminino, refletindo a situação da categoria profissional que é composta em sua grande maioria por mulheres.

Em relação à idade, observamos uma maior concentração na faixa de 40 a 49 anos (62,5%), seguida das de acima de 50 anos (25.0%) e abaixo de 40 anos (12.5%) evidenciando a relação com o ano de graduação, que ocorreu nas décadas de 80 (50.0%), seguidas pelas décadas de 70(37.5%) e 90 (12.5%). Quanto a instituição formadora a totalidade graduou-se em instituição de ensino superior privada, na cidade de Bauru que oferece o curso de serviço social.

Em termos de tempo de atuação a maioria dos profissionais (75.0%), atuam no HRAC-USP há mais de 10 anos, possuindo especialização em serviço social na área de saúde e reabilitação (75.0%) e ou mestrado (37.5%).

Nota-se nesta categoria o compromisso dos profissionais com a atualização e construção de conhecimentos, pois o HRAC-USP além de desenvolver atividades assistenciais de prevenção, tratamento, proteção e recuperação da saúde, promove e estimula o ensino e a pesquisa, colaborando no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operativas.

4.2. O ESTUDO SOCIAL: ESTRATÉGIAS E INDICADORES ADOTADOS NO ATENDIMENTO E CONSTRUÇÃO DO RELATÓRIO SOCIAL.

4.2.1. PROCEDIMENTOS E CONDUTAS ADOTADOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO SOCIAL.

Com relação aos procedimentos e ou condutas para a realização do estudo social a maioria dos profissionais pesquisados (62.5%), relatam que para garantir a confiabilidade dos dados, inicialmente se identificam (nome /área) ao paciente/família, informando o objetivo da entrevista(conhecer /intervir nas questões sociais), criando um clima agradável de atenção e humanização. Associado a esse procedimento de apresentação e informação inicial, um número significativo (37.5%), ressaltou que as informações são prestadas aos usuários, com clareza em linguagem acessível para melhor compreensão das orientações. Esses procedimentos são fundamentais, pois é por meio do estudo social que se coleta informações a respeito da realidade social e familiar de cada indivíduo frente às questões sociais que afetam suas relações, especialmente nos aspectos sociais econômicos e culturais.

Segundo Fávero (2003), para a realização do estudo social, o profissional utiliza-se de técnicas (entrevista, visita domiciliar), por meio de um roteiro pré-estabelecido, para o levantamento dos dados. A entrevista implica num posicionamento do profissional em todos os sentidos, na postura atenta, sem paternalismo, na delicadeza, no trato com o usuário do serviço, ouvindo-o, compreendendo-o e veiculando informações sobre seus direitos.

4.2.2- OS INDICADORES DO ESTUDO SOCIAL.

O Serviço Social do HRAC-USP utiliza-se de uma metodologia própria para o estudo sócio econômico e como vimos anteriormente compreende os seguintes indicadores: situação econômica da família, número de membros, escolaridade, ocupação e habitação, sistematizados em uma tabela de classificação sócio econômica. engloba ainda outras questões sociais como as relações sociais na família, trabalho, escola, comunidade, os recursos próprios e/ou comunitários e para a reabilitação, visando a intervenção social, objetos de análise neste capítulo.

- ♦ A situação econômica da familiar.

Em relação à análise dos prontuários, no que diz respeito ao indicador situação sócio econômica da família, a maioria dos profissionais descreve o vínculo do provedor correlacionando com a renda bruta mensal e/ou faixa salarial (58.8%), outros identificam o vínculo do provedor, a ocupação, a renda bruta mensal e/ou faixa salarial (27.5%) e a minoria identifica somente a renda bruta mensal e/ou faixa salarial (13.7%). Cabe ressaltar que cerca de 27.5% dos prontuários analisados esse indicador é ampliado, porém com duplicidade de citação da categoria ocupacional do provedor, objeto de documentação posterior, ou seja, no nível ocupacional.

O termo rendimento expressa de forma genérica a maneira pela qual se dá a distribuição de renda para as diversas classes e segmentos sociais o que possibilita uma visão ampla da realidade sócio econômica e cultural do paciente, interpretando o diagnóstico das suas condições de vida, colaborando assim no planejamento do tratamento com base na realidade social de cada um (GRACIANO et al., 1999).

Tendo como base o material de apoio para utilização dos critérios avaliativos para a classificação sócio econômica (GRACIANO et al., 1999), observou-se que a maioria dos prontuários analisados são documentados de forma fidedigna ao documento, em relação a esse indicador, especificando, inclusive o tipo de rendimento ou seja salário, retirada pró-labore, alugueis, honorários, aposentadoria, pensionista e outros. Segundo o IBGE o rendimento nominal compreende: o de trabalho e outras fontes. O de trabalho abrange remuneração bruta e benefícios (auxílio doença, auxílio por acidente de trabalho) e o ganho de trabalho por conta própria e os de outras fontes abrange os rendimentos de aposentadoria, pensão, aluguel, pensão alimentícia, mesada, renda mínima, bolsa escola, seguro desemprego, abono de permanência em serviço (CENSO, 2004).

Na ótica dos profissionais pesquisados, esses conceitos e definições utilizados pelo HRAC-USP, serão objetos de redefinições considerando a necessidade de uma análise crítica em relação ao fator econômico da família, pois no atual relatório, foca-se mais nos rendimentos mensais e nas despesas com habitação (aluguel) e número de pessoas da família, não sendo especificados os demais índices de custo de vida (conjunto de produtos e serviços consumidos pela família) (JANNUZZI, 2003).

Essa análise permite, realizar a reflexão sobre os rendimentos da família e seus gastos para a manutenção da mesma, possibilitando assim uma visão global desse indicador.

Desta forma os profissionais afirmam que esse indicador deveria ser redefinido (50.0%) para a ampliação e unicidade de conceitos, adequando sua aplicabilidade.

Na condição de pesquisadora sugerimos, em relação as faixas salariais a necessidade de uma adequação, nas informações, representada pelos sinais: exemplo: semi aberto à direita a –l b (indica o conjunto de números reais iguais ou maiores que “a” e menor que ”b”).

Esses sinais poderiam ser substituídos da seguinte forma: exemplo: 02 –l 04 salários mínimos (sm) para mais (+) de 02 à 04 salários mínimos, conforme critérios do IBGE, podendo se manter as mesmas faixas salariais sugeridas pelo serviço social do HRAC-USP (GRACIANO et al., 1999), mas com nova categorização ou seja, menos de ½ sm; + de ½ à 02 sm; + de 02 à 04 sm; de 04 à 09 sm; + de 9 à 15 sm; + de 15 à 30 sm; + de 30 à 60 sm; + de 60 à 100 sm e acima de 100 sm.

♦ **Número de membros residentes na família.**

Nos prontuários analisados, são documentados em sua maioria (62.5%) o número de membros residentes na família, o vínculo em relação ao paciente e o grau de relacionamento familiar e social, bem como a religião da família, sendo que alguns descrevem os mesmos itens , porém sem adentrar no relacionamento social (25.0%); outros descrevem somente o vínculo e a religião não se aprofundando nas relações familiares e sociais. (12.5%).

Essas questões são fundamentais para a análise global da família como o tipo de união dos pacientes e ou pais (solteiros, casados e uniões consensuais) e bem como a influência da religião em relação a deficiência e tratamento. A religião é classificada segundo o censo de 2000 do IBGE, em Católicos Apostólicos Romanos, Espíritas, Evangélicos Protestantes,

Judeus e sem religião, possibilitando assim, uma visão da realidade da família em todos os aspectos sócio econômicos e culturais (CENSO, 2004).

Com as relação aos sinais que determinam o número de membros, poderiam ser substituídos pela seguinte caracterização: 01 à 02, 03 à 04 , 05 à 06 , 07 a 08 e acima de 8 membros, evitando assim erros de interpretação.

Os pesquisados, afirmam que os indicadores integrantes do protocolo do serviço social, quanto ao número de membros e relações familiares são suficientes para o conhecimento aproximativo da realidade social associado aos demais, ressaltando porém a necessidade de redefinição (37.5%) visando um aprofundamento de questões que integram o contexto familiar tais como relacionamento familiar e social, religião, repercussões da fissura na família, preconceitos e outros.

Os assistentes sociais documentam de forma clara e bastante objetiva, mas com pouca profundidade o que demanda um novo posicionamento da equipe, pois a família é o núcleo fundamental do estudo social, possibilitando uma visão global e dos arranjos familiares, bem como a aceitação em relação ao diagnostico e o tratamento.

Diante no novo contexto da sociedade e os novos arranjos familiares, denomina família como um conjunto de pessoas ligadas por meio de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residentes na mesma unidade domiciliar, com ou sem laços consangüíneos (CENSO, 2004).

Desta forma, no estudo social deverá constar às classificações dos tipos de família: nuclear; extensa; composta; ampliada; e monoparental, conceituadas anteriormente. (GUIMARÃES et al., 1999).

♦ **Nível Educacional.**

Analisando os dados nos prontuários sobre o nível educacional os relatos evidenciam o vínculo e a última série cursada (50.0%) ou vínculo, nível educacional e as relações sociais do paciente no ambiente escolar.(50.0%).

Portanto por meio desta análise constatamos que os profissionais documentam de forma clara e precisa evidenciando as relações sociais do aluno /paciente na escola, possibilitando assim uma maior compreensão do grau de desenvolvimento social no ambiente escolar.

Em relação à opinião dos profissionais, 12.5% relatam que o indicador deveria ser redefinido, pois há necessidade de atualização da terminologia utilizada, por uma nova nomenclatura definida pela Lei de Diretrizes e Bases (BRASIL, 1996) que classifica o grau de escolaridade em Ensino Infantil, Ensino Fundamental (08 anos), Ensino Médio (03 anos) e Ensino Superior.

Portanto esse indicador deverá ser redefinido, utilizando-se dessa nova nomenclatura, e dos níveis sugeridos pelo serviço social do HRAC-USP, ou seja, ensino infantil; sem escolaridade/ analfabeto; sem escolaridade/ alfabetizado; fundamental I incompleto (1ª à 4ª série)/; fundamental I completo(4ª série); fundamental II incompleto(5ª à 8ª série)/ fundamental II completo(8ª série); médio incompleto(1ª à 3ª série)/ médio completo (3ª série) e superior incompleto/ superior completo.

O aprofundamento é fundamental, pois reflete o acesso a educação, cultura, ciência e tecnologia.

• **Habitação.**

Nos relatórios dos profissionais sobre o indicador habitação evidencia-se que cerca de 37.5%, identificam o número e tipos de acomodações, 37.5% a condição da moradia (própria, financiada, alugada, cedida), o valor dispensado pela família ao pagamento do financiamento/ aluguel ou o responsável pela cessão, número e tipos de acomodações (quarto, sala, copa, cozinha, banheiro) enquanto que 25.0% identificam o número e tipos das acomodações e a situação da habitação – em fase de construção ou conclusão indo um pouco além do referencial estabelecido; sendo esse itens imprescindíveis para a análise global das condições e tipos de habitação, possibilitando assim uma visão mais ampla do contexto habitacional familiar, pois o profissional deve buscar , atributos objetivos e apreciações subjetivas de habitação (JANNUZZI, 2003).

Outras variáveis poderão colaborar no estudo desse indicador como: coleta de lixo, asfalto na via pública, serviço de telefonia (com ou sem internet), tipo de domicílio (casa apartamento, cômodo, etc.) e outras.

Outro ponto levantado é a necessidade de revisão das classificações precárias e insuficientes, para a situação habitacional que poderão ser agrupadas na categoria insuficiente, pois ambas tem a mesma definição enquanto recursos insatisfatórios.

Observamos que os profissionais ressaltam a necessidade de aprofundamento desse indicador que é constituído por elementos quantitativos e qualitativos incluindo tanto a situação de posse de moradia como de localização e infra-estrutura, analisando as inter-relações entre os diversos fatores que constituem a situação habitacional.

Os profissionais afirmam (62.5%), que esse indicador, deveria ser redefinido considerando se inclusive aspectos regionais, uma vez, que são analisados o contexto habitacional das mais diversas regiões do país.

• **Ocupação.**

No que diz a respeito, a ocupação, em 62.5% dos prontuários analisados, os profissionais documentam, o vínculo do provedor correlacionando com a ocupação, sendo que 26.3% identificam o vínculo, a ocupação e o tipo atividade no mercado (formal ou informal), e apenas 11.2% , o vínculo do provedor e a faixa salarial.

Nota-se que ao documentarem esse indicador, os profissionais tem uma visão sobre a inserção dos pacientes/pais no mercado de trabalho, bem como das atividades desenvolvidas para a complementação da receita familiar

Observa-se que 62.5 % dos profissionais pesquisados, afirmam que o indicador – ocupação deveria ser redefinido, buscando se novas referências, para atender as exigências do mercado do mercado e classificar a população economicamente ativa.

A Classificação Brasileira de Ocupação (2002) define ocupação como a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas.

Para melhor compreensão a Classificação Brasileira de Ocupação (2002), divide as profissões em 10 grandes grupos:

- Grande Grupo Zero - Forças das armadas, policiais e bombeiros militares (membros das forças armadas; policiais militares, bombeiros militares);
- Grande Grupo 1- Membros superiores do poder publico, dirigentes de organização de interesse publico e de empresas e gerentes (membros superiores e dirigentes do poder

gerentes em empresas de serviços de saúde, de educação, de serviços culturais, sociais e pessoais, gerentes);

- Grande Grupo 2 – Profissional das ciências e das artes (pesquisadores e profissionais policientíficos, profissionais das ciências exatas, físicas e da engenharia, profissionais das ciências biológicas, da saúde e afins, profissionais do ensino, profissionais das ciências jurídicas, profissionais das ciências sociais e humanas, comunicadores, artistas e religiosos).

- Grande Grupo 3 – Técnicos de nível médio; (técnicos polivalentes, técnicos de nível médio das ciências físicas, químicas, engenharia e afins, técnicos de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins, professores leigos e de nível médio, técnicos em serviços transporte, técnico de nível médio nas ciências administrativas, técnicos de nível médio dos serviços culturais, das comunicações e dos desportos)

- Grande Grupo 4 – Trabalhadores de serviços administrativos (escriturários, trabalhadores de atendimento ao público);

- Grande Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços, vendedores do comercio em lojas e mercados (trabalhadores dos serviços, vendedores e prestadores de serviços do comércio):

- Grande Grupo 6 – Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca (produtores na exploração agropecuária, pescadores e extrativistas florestais e mecanização agropecuária e florestal);

- Grande Grupo 7- Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (trabalhadores da industria extrativa e da construção civil, trabalhadores da transformação de metais e compósitos, trabalhadores da fabricação e instalação eletroeletrônica, montadores de aparelhos e instrumentos de precisão e musicais, joalheiros, vidraceiros,

ceramistas, indústrias têxtil, curtimento, do vestuário e das artes gráficas, trabalhadores das indústrias de madeiras e do mobiliário, trabalhadores em funções transversais;

- Grande Grupo 8- Trabalhadores de produção de bens e serviços industriais (trabalhadores em indústrias de processos contínuos e outras indústrias, trabalhadores de instalações siderúrgicas e de materiais de construção, trabalhadores de instalações e máquinas de fabricação de celulose e papel, fabricação de alimentos, bebidas, fumo, operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades);

- Grande Grupo 9 – Trabalhadores de manutenção e reparação (operadores de outras instalações industriais, trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica, polimantenedores, outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação.

♦ **Classificação sócio econômica.**

Os resultados obtidos na classificação sócio econômica, considerando conjuntamente os cinco indicadores:- situação econômica da família, número de membros residentes na família, nível educacional, ocupacional e habitação, permitiram compor as seguintes categorizações em diferentes estratos sociais: Baixa Inferior BI (17.5%), Baixa Superior BS (61.2%), Média Inferior MI(17.5%), Média M(3.8%).

Esses dados refletem a situação sócio econômica brasileira, cuja maioria também pertence às camadas menos favorecidas, ou seja: Classes Baixas 71,0% (E, D e C), Classes médias 23.0% (B2 e B1) e Classes altas 6,0% (A2 e A1), segundo o Critérios de Classificação Econômica Brasil, (2003).

Verificou-se ainda que dentre os 80 prontuários estudados, houve uma concordância de 98.7% por parte dos profissionais com o resultado da classificação obtida demonstrando,

assim, a viabilidade e eficácia do instrumental desenvolvido e adotado pelo serviço social do HRAC-USP.

Percebe-se então, que os indicadores e o sistema de pontuação e classificação utilizados, vão de encontro ao contexto global apresentado, cumprindo assim o estudo, seu papel fundamental de propiciar o conhecimento da realidade.

• **Recursos para a reabilitação.**

Observamos com referência aos recursos para a reabilitação, que 86.5% dos relatórios identificam o trajeto realizado (cidade de origem à Bauru/ São Paulo), bem como as horas de viagem, 70.0% identificam os recursos que serão utilizados para os retornos (próprios, carona amiga, tratamento fora de domicílio, passe deficiente), 68.7% o prazo de comunicação para os retornos(em meses), 66.2%a periodicidade do retornos, 70.0% os recursos para o tratamento local e 70.0% especificam as expectativas do paciente/ família.

Ressaltamos que profissionais documentam esse indicador, de forma clara proporcionando o conhecimento sobre os recursos existentes na cidade de origem e região para a continuidade do tratamento, servindo ainda como subsídio para a programação de retornos, porém necessitam ser informatizados.

Para a informatização, sugerimos as seguintes categorias: o tipo de deficiência, tempo de tratamento (percurso), recursos apoio para locomoção (carona amiga, tratamento fora de domicílio, prefeituras municipais), recursos organizacionais para apoio ao tratamento (associações, núcleo, sub sede e outros), recursos humanos de apoio (coordenadores, auxiliar de coordenadores e representantes voluntários), recursos próprios para os retornos (sim ou não), prazo para a comunicação de retornos (15 dias a 30 dias e acima de 30dias), periodicidade dos retornos (mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou outros),

recursos para tratamento local (modalidade- pública, particular, convênio e outros) - áreas (médica, odonto, fono, psico e outros), expectativas (estética, cirúrgica, odonto, fono, psicossocial e outros), problemas de saúde/ deficiência na família (física, mental, auditiva, visual e outras).

♦ **Parecer Social.**

Após o estudo sócio econômico, realizado pelas assistentes sociais, por meio de indicadores, se faz necessário além da classificação sócio econômica o parecer social para maior compreensão do diagnostico social.

Em relação à documentação dos profissionais, no parecer social, observa-se que 76.2%, identificam a classificação sócio econômica, 62.7%, descrevem o nível de compreensão dos pacientes/pais (bom, regular, dificuldade), 50.0% nada descrevem e 15.0% relatam orientações fornecidas quanto as rotinas hospitalares e recursos institucionais e comunitários e 3.75% descrevem o relacionamento familiar/social.

Evidenciamos a necessidade de uma maior reflexão e compromisso dos profissionais, ao descreverem o parecer social, pois é um instrumento técnico, que diz “respeito a esclarecimento e análise, com base em conhecimentos específicos do serviço social, a questão ou questões relacionadas a decisões a serem tomadas. Trata-se da exposição e manifestação sucintas, enfocando-se objetivamente a questão ou situação social analisada, e os objetivos do trabalho solicitado e apresentado; analise da situação, referenciada em fundamentos teóricos, inerentes ao serviço social, portanto, com base em estudos rigoros e fundamentado e finalização, de caráter conclusivo ou indicativo” (FÁVERO, 2003, p. 47).

Para tanto, há necessidade de categorizar os itens orientadores para a elaboração do parecer social, englobando as seguintes categorias:- a classificação sócio econômica, nível

de compreensão (capacidade e dificuldade), abordagens (individual e grupal) e “demandas “(orientações sociais: - família, escola, trabalho, outros; encaminhamentos/ orientação sobre recursos institucionais e recursos comunitários; benefícios sociais :-alimentação, hospedagem, medicação e outros; intervenção face ao processo de reabilitação:- dúvidas, dificuldades, intercorrências na operacionalização do plano de tratamento e intervenção em casos de projeto de pesquisas)” (GRACIANO et al., 2001, p. 45,46).

♦ **Evolução Social.**

Com relação à documentação na evolução, verifica-se que 76.0% dos prontuários analisados os profissionais descrevem na evolução social, o setor em que os pacientes/ pais foram atendidos (ambulatório, internação e projetos comunitários), recursos para o comparecimento (próprios, carona amiga, tratamento fora de domicílio ou municipais), a rotina de atendimento (ambulatorial ou internação), encaminhamentos realizados (institucionais e comunitários), orientações fornecidas em relação ao tratamento e sua continuidade. Verifica-se ainda que 24.0% descrevem as mesmas categorias, acrescentando as expectativas do paciente/família em relação ao tratamento.

Nota-se que 62.5% dos profissionais pesquisados, não possuem dificuldades na documentação do estudo social e 37.5% afirmam que possuem.

Ambos, relatam que a distribuição gráfica da ficha do serviço social é inadequada para a documentação dos aspectos sociais, econômicos e culturais da família.

Ressaltam que a documentação é um instrumento indispensável e valioso para o trabalho do assistente social, para registrar as etapas do processo de elaboração técnica e científica de sua ação, necessitando assim de uma reformulação.

5- PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE RELATÓRIO SOCIAL.

Considerando assim, que a documentação em serviço social é fundamental, para organizar as informações relacionadas às questões sociais, emocionais e econômicas da população usuária, desenvolvemos a proposta de um novo modelo de relatório social, com base nos resultados da pesquisa tanto bibliográfica, documental e de campo.

Esta proposta abrange os seguintes indicadores:- I – Investigação Diagnóstica:- 1- classificação sócio econômica, 2-situação econômica da família (rendimentos, gastos),3- numero de membros residentes na família/relações (tipo de união, tipologia , religião, relacionamento, planejamento, repercussões , vida social, discriminações/ preconceitos,) 4- escolaridade/ relações (nível educacional, relacionamento, apoio escolar), 5- habitação (situação, condição, acomodações, tipo de construção e de domicílio, zona, infra estrutura, telefonia, coleta de lixo, asfalto e outros recursos), 6- ocupação / relações (situação, classificação, setor, natureza, relacionamento e apoio do empregador), 7- recursos para a reabilitação(tipo ou grau de deficiência, tempo de tratamento, percurso, recursos de apoio para locomoção, recursos organizacionais e humanos de apoio ao tratamento, periodicidade e prazo de comunicação de retornos, recursos e áreas para o tratamento na cidade de origem, expectativas de tratamento, problemas de saúde e deficiência na família; II – Parecer/ Intervenção do Serviço Social:-8- abordagens (individual, grupal), 9 – classificação sócio econômica , 10- nível de compreensão (capacidade e dificuldade),11- demandas / atendimentos); III - Evolução Social.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Com base nos resultados desta pesquisa sobre os indicadores do estudo sócio econômico do HRAC-USP, na construção do relatório social, concluímos que:

• **Com relação ao perfil dos profissionais pesquisados.**

A sua totalidade é do sexo feminino, com maior concentração de graduação ocorrida na década de 80 em instituição privada de Bauru, cuja experiência profissional é significativa na história do Hospital, acumulada mediante exercício profissional e pós-graduação em nível de especialização e mestrado, evidenciando o compromisso com a constante atualização e construção de conhecimentos.

• **Com relação aos procedimentos e ou condutas para a realização do estudo social.**

Verificamos a preocupação dos assistentes sociais em garantir a confiabilidade dos dados, preparando o ambiente de forma acolhedora, incluindo a apresentação e o esclarecimento dos objetivos da entrevista, cujo foco central é o conhecimento aproximativo da realidade social dos usuários de forma a garantir a intervenção adequada da equipe.

• **Com relação aos indicadores básicos do estudo social e classificação sócio econômica.**

Os indicadores do estudo social, embora tenham sido avaliados como primordiais para o conhecimento da realidade, observou-se em sua totalidade, necessidades de redefinições e atualizações de forma a garantir além do seu aprofundamento, a qualidade das informações, ou seja:-

Situação econômica da família: ampliar os dados sobre os tipos de rendimentos, rever os sinais estatísticos adotados nos intervalos das faixas salariais, e especificar os gastos básicos da família, identificar o vínculo, valores em reais e em salários mínimos de forma a

compreender o processo de distribuição de renda, facilitar a categorização das faixas salariais e analisar fatores relacionados ao custo de vida.

Número de membros residentes na família e suas relações: rever os sinais estatísticos e os intervalos adotados nas faixas de sua composição, padronizar a especificações do tipo de união e religião, aprofundando questões referente à tipologia e relacionamento familiar e social.

Nível educacional: redefinir a nomenclatura, adotando a terminologia segundo a Lei de Diretrizes e Bases atual, identificar o vínculo e a escolaridade, bem como, aprofundar o estudo sobre as relações sociais na escola.

Habitacional: ampliar os dados habitacionais de natureza quantitativas e qualitativas, com outras variáveis:- tipo de domicílio e recursos de infra-estrutura.

Nível ocupacional: redefinir diante das novas exigências do mercado de trabalho, os níveis ocupacionais, com base na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), bem como aprofundar questões sobre a situação profissional do paciente/família.

Classificação sócio econômica: os resultados da classificação confirmam a concentração de usuários procedentes das Classes Baixas (Inferior e Superior), como reflexo da realidade sócio econômica brasileira, bem como a viabilidade da metodologia utilizada pelo serviço social do HRAC-USP, com alto índice de concordância por parte dos profissionais quanto a sua eficácia.

Recursos para reabilitação: a exemplo dos demais indicadores do estudo social, há necessidade de ampliação de informatização dos dados sobre os recursos institucionais e comunitários utilizados no processo de reabilitação.

• **Com relação ao parecer social.**

Há necessidade de categorizar os itens orientadores para a elaboração do parecer social, englobando:- a classificação sócio econômica da família; nível de compreensão; abordagens; demandas, orientações sociais realizadas e outras questões relevantes.

• **Com relação à documentação para a construção do relatório social.**

Embora a maioria dos profissionais relatam que não possuem dificuldades no processo de documentação, observamos que os relatórios são descritos de forma objetiva em função da própria informatização adotada. Porém é preciso aprofundar questões relevantes ao contexto familiar e social, mediante o relatório descritivo e ou processual, que abarque a situação social e os instrumentais técnicos operativos, bem como o parecer social.

A partir destas considerações ressaltamos que com base nos resultados desta pesquisa tanto bibliográfica, documental como a de campo construímos um novo modelo de relatório social, organizando as informações relacionadas às questões sociais, emocionais e econômicas da população usuária, adequando à modernidade informatizada.

ABSTRACT:- The present study has as an objective analyze and reconstruct the constitutive indicators of the protocol of social study from HRAC-USP social work, aiming to adequate to the modernity with information technology to make your applicability become agile at the social report. This research allowed to analyze the documentation of the social workers on the constructing of the social report, as well as to redefine and to protocol indicators of the Social –economic study.

KEYWORDS: social indicators, social economic, report.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Senado Federal. Lei n. 8662/93, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão do assistente social e da outras providências. **Diário Oficial da [República Federativa do Brasil]**. Brasília, p. 7613, 8 de jun. 1993. Col. 1.

BRASIL. Senado Federal Lei n 9394/96, de 20 de dezembro de1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, p. 27833, 23 dez.1996, seção 1. Col. 1.

CAMARGO, O. P. **Centro de estudos demográficos e perfil sócio econômico dos usuários do sistema de saúde do estado de São Paulo**. São Paulo: FAPESP, 2000. (Relatório Final FAPESP, processo nº 00/02056-3).

CENSO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000**. Indicadores sociais. disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 jan. 2004.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO. 2002. Informações gerais. Disponível em: <<http://www.metecbo.gov.br/informacao.asp>>. Acesso em: 14 out. 2003.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ECONOMICA BRASIL. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/pesquisaemfoco/dez2002/cceb.htm>>. Acesso em: 14 out. 2003.

FÁVERO. E. T. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária In: **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos**: contribuição ao debate judiciário, no penitenciário na previdência social. São Paulo: Cortez, 2003. p. 9-51.

FREITAS, J. A. S.; GRACIANO, M. I. G.; CUSTÓDIO, S. A. M. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP: quem somos e o que fazemos. **Constr. Serv. Social.**, Bauru, n. 8, p. 11-20, out. 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989. 166p.

GOMES. H. S. R. (1988) apud CARVALHO, M. C. B. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 1995. 122p.

GUIMARÃES, N.V.R. et al. **A qualidade na construção do relatório social**: conceitos, expressões e verbetes utilizados pelos assistentes sociais da unidade de internação-ICHC. In: ENCONTRO DE PESQUISA NA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL, 3., 1999, Campinas. Anais... Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1999. p. 53.

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

GRACIANO, M.I.G. et al. Os programas do serviço social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP na atualidade. **Constr. Serv. Social**, Bauru, n. 8, p. 43-50, out. 2001.

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

MAGALHÃES, S. M. **Avaliação e linguagem**: relatórios, laudos e pareceres. São Paulo: Veras, 2003. 87 p.

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

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 79 p.

MOORE, K. L. (1987) apud FERREIRA, L.B. et al. **O processo de reabilitação dos portadores de fissuras lábio palatais operados em outro serviço e em seguimento no HPRLLP.** 1996. 89p. Trabalho de conclusão de curso (Obtenção do título de assistente social) - Faculdade de Serviço Social, Instituição Toledo de Ensino, Bauru.

OSTERNE, M.S.F. **Família pobreza e gênero:** lugar da dominação masculina. Fortaleza: Eduece, 2001. 261 p.

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

SPINA, V. (1979) apud FERREIRA, L.B. et al. **O processo de reabilitação dos portadores de fissuras lábio palatais operados em outro serviço e em seguimento no HPRLLP.** 1996. 89p. Trabalho de conclusão de curso (Obtenção do título de assistente social) - Faculdade de Serviço Social, Instituição Toledo de Ensino, Bauru.