

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL DA AAPECAN
FRENTE ÀS DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO TRATAMENTO FORA
DO DOMICÍLIO**

Trabalho de Conclusão de Curso

Sandra Fatima Rodrigues Bosse

**Santa Maria, RS, Brasil
2016**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL DA AAPECAN
FRENTES ÀS DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO TRATAMENTO FORA
DO DOMICÍLIO**

Sandra Fatima Rodrigues Bosse

**Trabalho de Conclusão de curso apresentada ao curso de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em serviço social.**

Orientadora: Profa. Mestre Cássia Engres Mocelin

Santa Maria, RS, Brasil

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

A Comissão examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL DA AAPECAN FRENTE ÀS
DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**

Elaborado por

Sandra Fatima Rodrigues Bosse

Como requisito parcial para a obtenção do grau de **bacharel em Serviço social**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Cássia Engres Mocelin

(Orientadora)

Caroline Goerk, Dr^a

(UFSM)

Santa Maria, 30 de Novembro de 2016

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a DEUS porque “tudo posso naquele que me fortalece” por ter me abençoado e me fortalecido em todos os momentos de minha vida.

A minha família que me motivou e me apoiou muito na concretização deste curso superior, sendo o meu refugio que me fez prevalecer, mesmo quando em meios a maiores tempestades.

Ao meus amigos da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias que contribuíram me mostrando a grande força que tenho que tiveram paciência comigo em meus momentos de tristezas, dúvidas e nas minhas ausências, que me deram apoio e estavam e estão sempre presente em todos os momentos de conquistas e alegrias de minha vida.

Ao meu pai que neste trajeto percorrido no mundo acadêmico, partiu, sinto muita saudade por hoje não estar presente em minha vida, e por ter feito também parte desta história, levo na minha alma sua doce lembrança.

Aos meus colegas e amigos do curso de Serviço Social, em especial Adriana Costa, Cassia Rosane Lied, Bianca Camargo, pelo apoio durante toda a nossa trajetória acadêmica, pelos trabalhos em grupo pelo coleguismo, e todos os outros colegas que contribuíram direta e indiretamente durante toda esta trajetória em especial a Maryéla Mourão e Rozeane Azevedo pela amizade e companherismo

A Associação a Pessoas com Câncer - AAPECAN, ao Assistente Social Thiago Antunes Donadel, por acreditar na minha capacidade pelas inúmeras oportunidades de aprendizado, pelo acolhimento e conhecimento adquirido neste percurso acadêmico.

Agradeço aos professores do Curso de Serviço Social que colaboram na minha formação e em especial a minha orientadora Prof^a. Me. Cassia Engres Mocelin, profissional comprometida, teve paciência em todas as etapas do meu aprendizado:

“Quero aprender sua lição; que faz tão bem pra mim; e agradecer de coração Por você ser assim”. (Eliana, ao Mestre com carinho).

E a, a Prof^a Cristina Kologeski Fraga pela excelente profissional, e a Prof^a Caroline Goerk minha primeira referencia no UFSM, pelo exemplo determinação profissional.

Dedico este trabalho aos meus filhos, Jose Guilherme Rodrigues Bosse, Bruna Rodrigues Bosse, Elio Bosse Neto por todo o apoio e amor mesmo nas minhas ausências.

“Nem mesmo o céu nem as estrelas
Nem mesmo o mar e o infinito
Nada é maior que o meu amor
Nem mais bonito”

Roberto Carlos

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de Serviço Social
Universidade Federal de Santa Maria

A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL DA AAPECAN FRENTE ÀS DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

AUTORA: Sandra Fatima Rodrigues Bosse

ORIENTADORA: Profa. Mestre. Cássia Engres Mocelin

Data e Local da Defesa:

Este trabalho de Conclusão de Curso é resultado da experiência de estágio curricular em Serviço Social realizado na Associação de Apoio a Pessoas com Câncer-AAPECAN em Santa Maria – RS que compreendeu o período de setembro a dezembro/ 2015 e de abril a junho/2016. Durante este período foi desenvolvido e executado o projeto de intervenção que tinha como objetivo informar aos usuários acompanhante/familiar sobre os direitos sociais, visando à autonomia e emancipação dos usuários, efetivou-se através de grupos e a elaboração de uma cartilha com os direitos socioassistenciais das pessoas com câncer, realizadas pela estagiária de Serviço Social para demonstrar a importância das informações para a viabilização da garantia dos direitos sociais nesse processo de saúde/doença, dos usuários em tratamento oncológico nos hospitais conveniados com SUS em Santa Maria. A dialética vivida no campo de estágio, e o protagonismo do Terceiro Setor no cenário contemporâneo com a desresponsabilização Estatal, mostraram a desafiante demanda do Assistente Social em trabalhar com uma política pública fragmentada, focalizada na caridade, pelo qual o direito vira benemerência, limitando os usuários a não compreensão que são cidadão com direitos garantido na Constituição Federal de 1988, que a saúde é um direito de todos, onde ficou evidente a importância do profissional do Serviço Social trabalhar com os princípios norteadores da profissão, em consonância com Código de Ética de 1993 e lei da regulamentação da profissão para viabilizar direitos.

Palavras-chave: Assistência social, Serviço social, Saúde, Tratamento Fora do Domicílio

ABSTRACT

Completion Of Course Work

Course of Social Service

Federal University of Santa Maria

THE PROFESSIONAL PRACTICE OF THE AAPECAN SOCIAL SERVICE WITH THE DEMANDS OF USERS OF TREATMENT OUTSIDE THE DOMICILE

AUTHOR: Sandra Fatima Rodrigues Bosse

ADVISOR: Profa. Mestre. Cássia Engres Mocelin

Date and place the Defense:.

This Course Completion work is a result of the experience of curricular internship in Social Work carried out at the Association of Support for People with Cancer - AAPECAN in Santa Maria - RS, which comprised the period from September to December / 2015 and from April to June / 2016. During this period the project of intervention was developed and executed that had the objective of informing the accompanying / familiar users about social rights, aiming at the autonomy and emancipation of the users, was carried out through groups and the elaboration of a booklet with the socioassistential rights Of the people with cancer performed by the Social Service trainee to demonstrate the importance of the information for the feasibility of guaranteeing the social rights in this health / disease process of the users on cancer treatment in the hospitals agreed with SUS in Santa Maria. The dialectic lived in the field of internship, and the protagonism of the Third Sector in the contemporary scenario with the State's lack of responsibility, showed the challenging demand of the Social Worker to work with a fragmented public policy, focused on charity, by which the right turns to goodwill, limiting the Users who are citizens with rights guaranteed in the Federal Constitution of 1988, that health is a right of all, where it was evident the importance of the Social Work professional working with the guiding principles of the profession, in line with the Code of Ethics of 1993 and law of the regulation of the profession to make rights feasible.

**KEY WORDS: SOCIAL ASSISTANCE, SOCIAL SERVICE, HEALTH, OUT-OF-
HOME TREATMENTS****SUMÁRIO**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE.....	11
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL ATÉ SER REGULAMENTADA COMO POLÍTICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	11
2.2 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE ATÉ SER REGULAMENTADA COMO POLÍTICA DE SAÚDE.....	22
3. PROTAGONISMO DO TERCEIRO SETOR SOB O COMANDO DO CAPITAL INCLINADO PARA IDEOLOGIA NEOLIBERAL	29
3.1 O TERCEIRO SETOR COMO ESPAÇO DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL: A AAPECAN	38
4. EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO	55
4.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO	58
4.2 TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD	79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
6. REFERÊNCIAS:.....	88
7. APÊNDICES.....	96
7.1 CARTILHA “VAMOS CONVERSAR SOBRE DIREITOS SOCIAIS?”	96
7.2 ORGANOGRAMA	96

1. INTRODUÇÃO

A escolha pela temática Tratamento Fora do Domicílio, neste Trabalho de Conclusão do Curso, origina-se a partir da vivência tida no estágio supervisionado em Serviço Social que foi realizado no período de setembro a dezembro/ 2015 e de abril a junho/2016 na Associação de Pessoas com Câncer-AAPECAN de Santa Maria na área da assistência social e Saúde, pela estagiária do curso de Serviço Social.

A delimitação nesse tema, se deu através das experiências e demandas da instituição durante estágio I e II, onde o projeto de intervenção foi planejado a partir das reflexões e elementos importantes para a compreensão, do cotidiano do trabalho do Assistente Social numa instituição pertencente ao Terceiro Setor, e as indignações perante o poder público e descaso das mesmas com os usuários dessa instituição, o que me levou ao desafio de escrever da ação do Assistente Social da AAPECAN e as contradições ao exercer a profissão neste cenário.

A participação da AAPECAN, entidade que presta assistência social aos usuários com neoplasia maligna oriundas de várias cidades da região central, com a contextualização da política de Assistência Social e Saúde até a sua regulamentação contemporânea, bem como o protagonismo do Terceiro Setor o contexto histórico até a sua regulamentação, num momento em que o Estado se desresponsabiliza de executar os direitos de proteção social conquistado historicamente pela sociedade na Constituição Federal de 1988.

Objetivo é o protagonismo dos usuários na viabilização dos direitos sociais, principalmente o direito à saúde, tendo como foco principal, abordar este assunto, até porque é de grande relevância para os mesmos. E o Assistente Social é um profissional, que constroi estratégias para que os usuários tenham acessos aos direitos de proteção social principalmente à assistência social e à saúde, onde o profissional tem que estar em articulação com a rede para efetivação das políticas públicas e o Sistema único de Saúde-SUS.

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo conhecer e aprofundar a inserção do Assistente Social no terceiro setor, trazendo as competências e atribuições profissionais conforme o projeto ético-político no acesso dos usuários às políticas públicas, a

partir da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social realizado na AAPECAN, bem como a relação da teoria e prática para o processo de formação do profissional Assistente Social.

Portanto este trabalho, inicia o capítulo 1 com a introdução, posteriormente traz um resgate no capítulo 2 do contexto histórico até a regulamentação da política de Assistência Social e Saúde toda a trajetória para que se tornasse um direito constitucional.

No Capítulo 3 é problematizado o Protagonismo do Terceiro Setor Sob comando do Capital voltado para uma Ideologia Neoliberal, são discutidos os aspectos positivos e negativos do Terceiro Setor e o enfraquecimento da base dos direitos sociais adquiridos na Constituição Federal de 1988. Traz a atuação do Assistente social na instituição os desafios em efetivar direitos muitas vezes engessados pela instituição por ter um trabalho fragmentado pela limitação estatutária institucional, e será abordado um breve histórico da instituição AAPECAN e o Serviço Social, o cenário e o trabalho e as vivências na instituição.

O capítulo 4 traz as vivências do estágio e projeto de intervenção com os usuários e familiares oriundos de outras cidades que se hospedam na instituição para tratamento oncológicos, e através destas experiências ficou a indignação pelo Tratamento Fora do Domicílio-TFD, que problematiza as dificuldades de alguns usuários diante das secretárias da Saúde de suas cidades ao acessar direitos de proteção e o descaso dos profissionais de saúde, e a importância da Política da Humanização neste cenário.

Trabalhar neste contexto teórico e prático, com a sistematização das experiências tidas em estágio, a falta de informações da parte dos usuários em relação às políticas públicas, e as dificuldades de acessos dos usuários nas redes institucionais, para a viabilização de direitos, expressadas pela Questão Social.

Foi Criado pela estagiária uma cartilha “Vamos conversar sobre direitos socioassistenciais?” Onde traz os conceitos dos direitos sociais, e através das rodas de conversas, criada pela estagiária, problematizando as política públicas e os direitos sociais. Para uma participação mais assídua dos usuários, foi usado dinâmica com músicas no qual se teve um bom resultado no projeto.

2. BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

Neste capítulo será levando em conta o cenário das desigualdades sociais, no cotidiano da vida dos brasileiros, com um neoliberalismo dominante. É neste contexto, quando o pobre se depara com a doença, e na luta pela sobrevivência e o enfrentamento e a resistência mediante a invisibilidade do Estado para a proteção social, o objetivo é fazer uma reflexão dos desafios e o trajeto das políticas sociais de Saúde e Assistência Social no Brasil.

Mostrando o lado perverso das políticas sociais de Saúde e Assistência Social, entrando no cenário como protagonista a sociedade civil, com a solidariedade construída no contexto histórico do assistencialismo, mostrando uma face sórdida dos pobres excluídos, destituídos da cidadania que são garantidos na constituição Federal de 1988, que proclama que a seguridade social como um direito conforme artigo “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

No contexto histórico brasileiro a luta pelo direito à saúde conquistado constitucionalmente, disposto no Art. 196 onde “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”, sendo que para que a população não corra risco de doença e que o mesmo possa ter acesso igualitário para a sua recuperação, cada vez mais distante esses direitos dos cidadãos doente que morrem diariamente sem acesso a esse direito.

Para uma compreensão das mudanças dessas políticas é necessário um referencial das conquistas obtidas e a almejada universalidade, ou seja, o acesso de quem delas necessitar e a quebra da mercantilização desses direitos sociais.

2.1 Contexto Histórico da assistência social até ser regulamentada como política da Assistência Social

Ao fazer uma análise do contexto histórico da assistência social, e as leis que a regulamentam, e o percurso percorrido até se tornar uma política pública, o seu legado e todo o movimento de construção da política da Assistência Social, parte da compreensão que sempre existiram os excluídos, precisando da solidariedade tão presente em diferentes sociedades, dessa forma o direito à assistência social foi historicamente construída pelas almas caridosas das damas da Igreja Católica com práticas de caráter assistencialista e filantrópico.

A abertura de instituições caritativas tanto pelas religiões como pelos cidadãos comuns se dá desde a Idade Média e é dessa realidade que surge a dominação e o conservadorismo.

Com o capitalismo em expansão e a precarização da força de trabalho, as práticas assistenciais de benemerência foram direcionadas ao Estado que direcionou essa forma de solidariedade social para a sociedade civil, essas determinações sócio-históricas foram tecidas em nossa sociedade, surgindo às primeiras ações e estratégias voltadas à assistência social.

Com a expansão do capitalismo, a pobreza no Brasil até 1930 não era tida como expressão da “questão social”, era vista como caso de polícia, resolvido através da repressão, onde o pobre era marginalizado, e a pobreza era tratada como desvio de conduta.

Somente a partir da década de 1930, quando o Estado reconhece e legitima a “questão social”, emergem as primeiras estratégias e ações do Estado voltadas à assistência social.

A assistência social está inserida em um conjunto de contradições existentes entre o Estado e o Sistema Capitalista que, por conseguinte, decorrem dos conflitos existentes e traz consigo não apenas uma trajetória de desigualdades sociais, mas “ação produzida conduzida pela rede da solidariedade da sociedade civil aliada no Brasil a um Estado repressor” (SPOSATI, 1995, p.7).

(...) os pobres eram considerados como grupos especiais, párias da sociedade, frágeis ou doentes. A assistência se mesclava com as necessidades de saúde, caracterizando o que se poderia chamar de binômio de ajuda médico-social. Isto irá se refletir na própria constituição dos organismos prestadores de serviços assistenciais, que manifestarão as duas faces: a assistência à saúde e a assistência social. O resgate da

história dos órgãos estatais de promoção, bem-estar, assistência social, traz, via de regra, esta trajetória inicial unificada (SPOSATI et al., 2007, p. 42).

A primeira grande regulação da assistência social no país foi a instalação do Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS – criado pelo decreto-lei nº 525, de 1º/07/1938. Segundo Mestriner (2001, p. 57-58):

O Conselho é criado como um dos órgãos de cooperação do Ministério da Educação e Saúde, contando com uma equipe de intelectuais, investe na assistência social na vertente da filantropia, sendo formado por figuras ilustres da sociedade cultural e filantrópica e substituindo o governante na decisão quanto a quais organizações auxiliar.

É nesse momento que se selam as relações entre o Estado e segmentos da elite (burguesia), que vão avaliar o mérito do Estado em conceder auxílios e subvenções às organizações da sociedade civil destinadas ao amparo social. O conceito de amparo social neste momento é tido como uma concepção de assistência social, porém identificado com benemerência. Mestriner (2001).

Portanto, o CNSS foi a primeira forma de presença da assistência social na burocracia do Estado brasileiro, ainda que na função subsidiária de subvenção às organizações que prestavam amparo social.

Em 1942, surge a força da Dona Darcy Vargas, a esposa do presidente Getúlio Vargas, organizando o voluntariado em campanha de apoio aos soldados brasileiros que lutavam na segunda guerra mundial (1939-1945). O Estado lança uma campanha, buscando o apoio da população, e neste momento surge a primeira campanha assistencialista de âmbito Nacional. A LBA (Legião Brasileira de Assistência) tinha como objetivo prover as necessidades das famílias cujos soldados estavam na guerra (TORRES, 2002).

A relação da assistência social com o sentimento patriótico reúne as senhoras da sociedade para acarinhar pracinhas brasileiros da FEB - Força Expedicionária Brasileira. A ideia da legião era a de um corpo em ação, Sposati (2004) diz que esse movimento se consolida como um apêndice do governo na área social sobre ótica totalmente assistencialista, a ação paralela ao governo e a configuração da benemerência com aplicação “do favor”, pois não se tratava de uma prática de filantropia pois era na esfera privada, exercido por dinheiro particular e não público.

Em outubro de 1942 a L.B.A. se torna uma sociedade civil de finalidades não econômicas, voltadas para “congregar as organizações de boa vontade”. Aqui a assistência social como ação social é ato de vontade e não direito de cidadania (SPOSATI, 2007, p.20).

Dessa forma, a LBA assegura a sua presidência às primeiras damas junto à assistência social e estende suas ações às famílias atendendo na ocorrência de calamidades com ações pontuais, e fragmentadas, criando um vínculo emergencial e assistencialista, segundo Sposati (2007).

A LBA ganha ampla estrutura nacional, com órgãos centrais, estaduais e municipais, estava definida por estatutos. Conforme Mestriner (2001) no início de 1946 o Estado cumprindo seu papel de consolidador do capitalismo assume com maior proximidade a “questão social” em defesa da maternidade e infância, e começa a atuar em todas as áreas da assistência social e implementa centros sociais e regionais com múltipla programação e para a implantação das novas funções, mobiliza as escolas de serviço social especializadas. Estas necessitavam de técnicos especializados e de pesquisas e trabalhadores na área social, nesse período há uma legitimação do Serviço Social enquanto profissão (MESTRINER, 2001).

Os setores populares em 1963-64 pressionam para haver mudanças sociais e a “questão social” volta a ser debatida. No período 1964 a 1985 a cultura do apadrinhamento e clientelismo, a partir do golpe de Estado, o exercício do poder fica restrito aos militares, tornando-se um Estado autoritário, onde a democracia foi definitivamente enterrada, a situação do povo brasileiro ficou precária e a assistência assumiu cada vez mais o caráter tradicional da repressão (MESTRINER, 2001).

Em 1969 pelo decreto-lei nº 593, a LBA é transformada em fundação com vínculos com o Ministério do Trabalho e Previdência Social. Em 1º maio de 1974 o presidente Ernesto Geisel cria MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social trazendo em seu núcleo uma Secretaria de Assistência Social, sendo esse órgão chave na idealização de uma política de enfrentamento da pobreza, ocorrendo uma expansão nos programas sociais. Há uma ampliação nos programas sociais como a alfabetização pelo Mobral, e o BNH – Banco Nacional da Habitação com casas populares e a complementação alimentar – PRONAM entre outros.

No período de 1985, a filantropia é vigiada pela benemerência e o assistencialismo, onde o desafio consistia em romper com o regime autoritário, que exigia uma reformulação do Estado, o resgate da democracia supunha saldar a dívida social, restabelecendo a cidadania, que ocorre lentamente, surgindo organizações de defesa de direitos humanos, ocorrendo todo um contexto de movimento da sociedade brasileira pela Constituição, empossado o presidente Sarney coloca em execução reformas institucionais, visando o desenvolvimento econômico e enfrentamento da questão social (MESTRINER, 2001).

A nova política econômica de 1986 e a pressão social aumentando, vai se propiciando um cenário para a nova constituição. Foi a partir da Constituição Federal de 1988, que houve um reconhecimento dos direitos humanos e sociais como um avanço significativo. Pela primeira vez o brasileiro/a era tratado como cidadão/a, como sujeito e possuidor de direitos, dentre os quais estava o direito à Seguridade Social¹.

Nesse sentido a Seguridade Social implica que todo cidadão tenha acesso a um conjunto de certezas e seguranças que venham cobrir, diminuir ou precaver os riscos e as vulnerabilidades sociais. A partir dessa nova concepção foi instituído o reconhecimento do direito universal, independente se o cidadão contribuiu com o sistema previdenciário ou não (YASBECK, 1997, p.13).

Na Constituição Federal de 1988, traz nos seus artigos 203 e 204, sobre a política da Assistência Social, a garantias dos direitos sociais, independente de contribuição à seguridade social, sendo eles:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo à coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às

¹ Conforme a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

² O acolhimento e a escuta sensível: são instrumentais, que como revela MARTINELLI (1994, p. 137), Os instrumentais técnico-operativos são como um “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional”.

esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;
II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Em 1990, num discurso neoliberalista e de reformismo modernizante, com um Estado mínimo, torna-se secundária a “questão social” quanto à assistência social e a elaboração da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) vai ocorrer com muito atraso, pois o projeto é vetado.

Em 1993, tem-se promulgada a Lei nº 8.742-93 conhecida como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que extingue o CNSS e cria o CNAS- Conselho Nacional de Assistência Social, ao regulamentar os artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 1988.

A LOAS reconhece a assistência social como política pública da seguridade social, e trouxe formas de garantir os direitos dos excluídos, que possibilitou a concessão de benefícios, objetivando garantir o mínimo necessário para viverem socialmente, onde a assistência social é destinada para quem dela necessitar, independentemente de qualquer tipo de contribuição ou filiação à Previdência Social, garantido, assim, a quantia de um salário mínimo de benefício mensal às pessoas portadoras de deficiência e aos idosos que comprovem não possuir meio de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por suas famílias.

No período chamado de filantropia democratizada que compreende 1994-2000, foi um processo de construção da gestão pública e participativa da assistência social através da constituição dos conselhos deliberativos e paritários nas esferas federal, estadual e municipal.

Em 1997 foi editada a Norma Operacional Básica (NOB) da Assistência Social que conceitua o sistema descentralizado e participativo, amplia o âmbito de competência dos governos Federal, municipais e estaduais e institui a exigência de Conselho, Fundo e Plano Municipal de Assistência Social para o município poder receber recursos federais.

A nova edição da NOB em 1998 que organizou os serviços, programas e projetos, expandiu as atribuições dos Conselhos de Assistência Social, dando origem aos espaços de negociação, que reúnem representações municipais, estaduais e federais de assistência social.

O Presidente Luís Inácio Lula da Silva cria o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em 2004 por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social-SNAS e do Conselho Nacional de Assistência Social em 2004, para elaborar, aprovar e tornar pública a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, demonstrando a intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (PNAS- 2004).

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS foi aprovada em 22 de setembro de 2004, pelo Conselho Nacional de Assistência Social buscando sanar as demandas da sociedade brasileira no que refere à efetivação da assistência social como política social e como um direito do cidadão e dever do Estado.

Realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, considerando as desigualdades socioterritoriais, no seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais, sob essa perspectiva, objetiva (PNAS, 2004, p. 27):

- I. Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem;
- II. Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural;
- III. Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária;

Já a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB SUAS Resolução nº 130, De 15 De Julho De 2005, aprovada em 2005 pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) traz os eixos estruturantes, para realização do pacto a ser efetivados em os três entes federados, e as instâncias da articulação necessários para a implementação e consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Brasil.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS) instituída pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social n. 269 em 2006 representa um avanço em termos normativos para a melhoria das condições de Assistência Social como uma política pública garantia da ampla participação da sociedade civil nessa consolidação.

A Resolução 109 de 11 de novembro de 2009 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) estabelece a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizada por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

Entre as quais a violência física e psicológica e negligência; violência sexual, abuso e ou exploração sexual: abuso e /ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção; tráfico de pessoas; e situação de rua e mendicância; abandono; vivência de trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem-estar; descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos.

O atendimento é fundamentado no respeito à heterogeneidade, potencialidades, valores, crenças e identidade das famílias, deve garantir o atendimento imediato e necessários para a inclusão da família seus membros em serviços socioassistenciais e ou em programas de transferência de renda.

Este serviço tem como objetivo de contribuir o fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva, a inclusão de famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, contribuir para restaurar e preservar a integridade e autonomia dos usuários: Processar a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos; contribuir para romper com padrões violadores de direitos no interior da família; contribuir para a reparação de danos e da incidência de violação de direitos; prevenir a reincidência de violações de direitos.

A Proteção Social Básica:

Nome Do Serviço: Serviço De Proteção E Atendimento Integral À Família – PAIF Consiste no trabalho social com famílias de caráter continuado, com função de proteção as famílias a fim de prevenir rupturas de vínculos e promover acesso e usufruto de direitos e contribuir para qualidade de vida, promovendo ações na área culturais, e combate a toda as formas de violência e preconceito, de discriminação nas relações familiares. E o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio esses serviços tem o propósito de garantir direitos

assistenciais e acrescentar na melhoria da qualidade de vida da população em fragilidades sociais e fortalecimento de laços familiares.

Tem como princípios norteadores a universalidade e gratuidade de atendimento, cabendo a esfera estatal sua implementação, serviço ofertado pelos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Os objetivos são de fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria de qualidade de vida, prevenir rupturas de vínculos familiares e comunitários, promovendo o acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços e promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares.

Serviços Da Proteção Social Básica

Nome Do Serviço: Serviço De Proteção E Atendimento Integral À Família – PAIF:

É organizado no âmbito do SUAS, e oferta serviços e programas e projetos de caráter especializado, destinado às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, que tiveram seus direitos violados, diante de tais situações de conflito, tensões e rupturas nas relações familiares e comunitárias, demandando uma atenção especializada e articulada com órgãos de defesa de direitos e outras políticas públicas setoriais. A proteção tem como objetivo contribuir para a prevenção de agravamentos e potencialização de recursos para a reparação de situações que envolvam riscos pessoal e social, violência fragilização e rompimentos de vínculos comunitários e sociais.

Serviços Da Proteção Social Especial – Média complexidade

Nome Do Serviço: Serviço De Proteção E Atendimento Especializado a Famílias E Indivíduos – PAEFI

A média complexidade comporta atendimento as famílias no qual o núcleo familiar está em vulnerabilidade, e que os indivíduos tiveram seus direitos violados, tendo uma convivência familiar ativa, se os vínculos estão ameaçados, demanda um melhor acompanhamento familiar e maior flexibilidade nas ações protetivas, e requerendo uma articulação em rede para assegurar efetividades nas demandas da família e a inserção numa

rede de proteção necessária para a potencialização e superação, há cinco serviços de médias complexidades divididas por públicos: Adolescentes que cumprem medidas sócias educativas, no qual são desenvolvidas atividades que possibilitam novas perspectivas futuras; Nos indivíduos que estão afastados do convívio familiar devido a aplicação de medidas judiciais, são oferecidos serviços de Proteção e Atendimento Especializado a famílias e Indivíduos (PAEF); A famílias, pessoas com deficiência e idosos encontram Proteção Social Especial com acompanhamento específico, nessa situação os sujeitos são acompanhados para prevenir o preconceito e a exclusão; As atividades são desenvolvidas com pessoas em situação de rua nas relações sociais para novos projetos de vida.

Serviços Da Proteção Social Especial – Alta Complexidade

Nome Do Serviço: Serviço De Acolhimento Institucional

Acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e /ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual.

O atendimento prestado deve ser personalizado e em pequenos grupos e favorecer o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local. As regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva, a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme perfis.

Devem funcionar em unidade inserida na comunidade com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, visando desenvolvimento de relações mais próximas do ambiente familiar. As edificações devem ser organizadas de forma a atender aos requisitos previstos nos regulamentos existentes

Com objetivo de: Acolher e garantir proteção integral; Contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos; Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais; Possibilitar a convivência comunitária; Promover acesso à

rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais; Favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia; Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacional interno e externo, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público.

O serviço de Proteção Especial de Alta Complexidade é composta por quatro serviços, o Serviço de Acolhimento Institucional que poderá ser desenvolvido na modalidade:

Abrigo institucional, Casa-Lar, Casa de Passagem, Residência Inclusiva, Serviço de Acolhimento em República, Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora e Serviço de Proteção em Situações de Calamidade Pública e de Emergências.

A assistência social, como política pública de seguridade social, vem passando por profundas transformações a partir da Constituição de 1988. O SUAS, instituído pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, foi regulamentado em 2005.

Ocorrendo nesta trajetória a Instituição do Censo do Sistema Único de Assistência Social (CENSO SUAS) – Decreto n. 7334, de 19 de outubro de 2010, com a finalidade de coletar informações sobre os serviços, programas e projetos de assistência social realizados no âmbito das unidades públicas de assistência social e das entidades e organizações. Mas sua criação em Lei data somente de 2011, com a aprovação da Lei nº 12.435, que alterou dispositivos da Lei nº 8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), visando, dentre outras coisas, dar uma melhor regulamentação ao comando constitucional e dirimir algumas controvérsias judiciais e doutrinárias em torno do conceito de família para os fins daquela lei, e mudanças legais no amparo assistencial.

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, editou por meio da Resolução nº. 33, de 12 de dezembro de 2012, a nova NOB/SUAS, trazendo grandes inovações sobre a Política Nacional de Assistência Social, principalmente no que tange às competências atribuídas à União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Política de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social - SUAS (PNEP/SUAS), que foi instituída através da resolução de 4 de 13 de março de 2013. A PNEP/SUAS objetiva materializar no âmbito do SUAS, a educação e capacitação permanente, centrada na perspectiva político pedagógica.

Na atuação e execução dos serviços do SUAS e também na gestão, estruturação da PNEP/SUAS, o aprimoramento da Política de Assistência Social no âmbito nacional para a melhoria dos serviços prestados para os sujeitos sociais usuários.

Analisando o contexto histórico da assistência social, percebe-se o longo caminho percorrido para as conquistas da política de assistência social como um direito do cidadão. A Assistência Social tratada na condição de direito social e conseqüentemente um dever do Estado estabeleceu um avanço primordial à cidadania.

Podemos verificar o desafio, pois ela vem de um forte apelo da caridade, benemerência, o clientelismo, na esfera público-privada, quando se trata das entidades assistenciais que recebem recursos públicos para atender a população usuária.

Entende-se que a política de assistência social é essencial ao ser humano, num momento de necessidades humanas básicas como alimentação e abrigo, qualquer indivíduo no decorrer da trajetória de vida pode ocorrer momentos de restrições em muitas vezes momentâneas, ou contínuas por deficiência física ou mental, ou separação da família por múltiplas situações desastres, acidentes, abandonos, drogadição, alcoolismo, desemprego, no qual demanda ações urgente do Estado, principalmente na área da seguridade social.

A conquista da autonomia na provisão dessas necessidades básicas e a orientação desta segurança da assistência social, construída pelas lutas da sociedade vêm sendo construída por um histórico de desigualdades, enfrentadas pelos trabalhadores para viver em dignidade, e que vai a passos lentos para acessá-las tendo de usar, em alguns momentos, a judicialização para garantir os acessos aos seus direitos civis, políticos e sociais.

2.2 Contexto Histórico da saúde até ser regulamentada como política de Saúde

A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no cotidiano, conhecido, e divulgados na mídia diariamente. Para compreender e analisar esta realidade da saúde é preciso conhecer os determinantes históricos, onde o setor da saúde sofreu as influências de todo o contexto político-social que o Brasil passou em suas trajetórias política, econômica e social.

No Brasil, as políticas de proteção social têm trajetórias históricas de muitas lutas, as primeiras leis sociais datam do final do século XIX. Contudo, devido ao caráter pontual e isolada no Brasil as primeiras políticas públicas de proteção social, só viriam a surgir, a partir do processo de industrialização “no período que vai dos meados dos anos 40 até final dos 70, ocasião em que o mundo capitalista inflexiona seu padrão de acumulação dominante”, (Mota, 2009, p. 41).

Foi a partir de 1930, que ocorreu o início da intervenção do Estado, ocorridas com o golpe militar a assistência social e a saúde era mediada pelo Estado, na ordem capitalista pautada na filantropia e na prática liberal (MOTA, 2009). A Saúde pública na década de 1920 ganha nova forma de poder e a tentativa de se estender a todo o país, com a reforma Carlos Chaga, 1923, tenta dar extensão à saúde.

Neste período foram colocadas questões de higiene, a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), conhecida como lei Eloy Chaves, que eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, sendo os benefícios proporcionais a contribuição “os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral” (MOTA,2009, p.90).

Este processo de domínio do capital industrial se deu com a aceleração da urbanização, aumento da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação no período de 1930 a 1940 algumas alternativas foram tomadas aponta :(MOTA, 2009 p 91):

Ênfase poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde. nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937,

em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combates às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; serviço de Malária do Nordeste, 1939; serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros pela fundação Rockefeller- de origem norte-americana); Reorganização de Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Com a criação dos Institutos de aposentadorias e Pensões (IAPs), estendia a categoria assalariados urbanos, que norteou nas décadas 30 a 45 o modelo previdenciário preocupado com reservas financeiras do que a abrangência de prestação de serviços.

No período de 45-1950 durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgão do governo americano e sob patrocínio da fundação Rockefeller foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Podemos elencar que, com a intensificação industrial nos anos 1950, delineia-se um aumento expressivo da demanda de trabalhadores que deveriam ser atendidos pelos serviços de saúde. Tal crescimento também permanece durante os anos do denominado milagre econômico brasileiro, no qual o atendimento à saúde do trabalhador é justificado “[...] em face dos recordes de acidentes e doenças do trabalho no período e a regulamentação das normas de higiene e segurança do trabalho” (SIMÕES, 2008, p. 125).

Segundo Bravo e Matos (2008) a política de saúde 1964-1974 desenvolve-se através da intensificação do setor privado, como chamado “milagre econômico brasileiro”, o qual se caracterizou pela expansão da economia, proporcionada pelos investimentos internos e externos.

Este período da política de saúde é evidenciado pela medicalização da vida social, tanto na Saúde Pública, quanto na Previdência Social, visto que “o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu [...]” (BRAVO, 2008, p. 93).

Houve repressão à assistência, sendo regulada pela máquina estatal:

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPS em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do

Estado na Sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. (Mota,2009 p. 93).

No segundo período, entre 1974-1979, conforme Bravo (2008), a política de saúde precisou ter mais efetividade para o enfrentamento da questão social, no chamado movimento sanitário, a fim de conter as pressões populares.

Delineando a partir dos anos 1970 o fortalecimento da política de saúde no setor público em detrimento àquelas de caráter privado. De acordo com Bravo e Matos (2008), esta nova relação do governo frente à sociedade civil deveu-se a não consolidação da hegemonia estatal ao longo dos dez primeiros anos de Ditadura.

A partir de 1980 houve a construção do projeto de reforma sanitária, num período que se vivenciou a democracia política com uma profunda crise econômica, uma década de discussão sobre as condições de vida da população brasileira, entrando em cena personagens dentre eles os profissionais da saúde, defendendo a melhoria da situação da saúde e fortalecimento do setor público tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e debate em torno da saúde e democracia. (MOTA, 2009).

Um fato marcante e fundamental para a discussão da saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizado em março de 1986 com intensa participação social, aconteceu logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, e consagrou a expansão à saúde tendo como princípio a saúde como direito universal e como dever do Estado;

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde-AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, ocorrendo a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. (BERENGER,1996).

A Constituição Federal promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 196. 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

A Construção do SUS e a Importância, e as Normas Operacional Básica bem como os fundamentos jurídicos e normativos construídos historicamente conforme o Ministério da Saúde de 2009.

Nos anos 90, o Brasil adota o modelo o Estado influenciado pelo ajuste neoliberal, que reduz os direitos sociais e trabalhistas, aumentando o desemprego, precarizando o trabalho, sucateamento da educação e saúde. A criação do SUS se deu através da lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, e o funcionamento dos serviços correspondentes” (Brasil, 1990).

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Brasil 1990).

Conforme Simões (2008), o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema universal no qual toda a população brasileira, rica ou pobre, nascido em território nacional ou estrangeiro, tem o direito de usufruir dos seus serviços.

O SUS é estruturado pela regionalização, que é a sua adequação às diferenças regionais, em vez de sua efetivação linear e igualitária; pela hierarquização de suas diversas instâncias operacionais, estruturadas segundo o grau das respectivas responsabilidades, sob comando único; e pela integralidade dessas instâncias em nível nacional, estadual e municipal. É descentralizado, pois deve malear-se por diversos níveis de direção administrativa, a começar pelo municipal. E deve assegurar o atendimento integral, isto é, a toda a população, independentemente da doença, com realce nas medidas preventivas. (SIMÕES, 2008, p. 130)

A NOB-SUS RES N° 258/91 normaliza a assistência à saúde no SUS; estimula a implantação, o desenvolvimento do sistema, e dar forma concreta e instrumentos operacionais para a efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

A NOB-SUS PRT N° 234/92 normaliza a assistência à saúde no SUS; estimula a implantação, o desenvolvimento do sistema e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

NOB-SUS PRT N° 545/93, Redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

A NOB-SUS PRT N° 2203/96 Redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema, representou uma proposta de um novo modelo de atenção, ela acelera a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, criando incentivo explícito às mudanças, na lógica assistencial, rompendo com o produtivíssimo (pagamento por produção de serviços, como o INAMPS usava para comprar serviços do setor privado) e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como Programa de Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 1993).

Norma de Operacional da Assistência à Saúde – NOAS Portaria GM/MS nº 373, de 27/02/02, amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Pacto pela Saúde– Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/06 Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS; e aprovar as Diretrizes Operacionais com seus três componentes: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Portaria GM/MS nº 699, de 30/03/06 Regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

Portaria 3.176, de 24/12/2008 aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

Na Emenda Constitucional nº. 29 e agora a Lei Complementar nº 141/2012, provocaram alterações relevantes em relação aos gastos das três esferas de governo com a saúde. Teve a intenção de que a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde crescesse e que em contrapartida a participação da União caísse.

O gasto social Federal representa o somatório dos dispêndios da União com Previdência Social, Assistência Social, Educação, Cultura, Trabalho, Saúde, Habitação, Alimentação, Urbanismo, Saneamento, Empregos e Defesa do Trabalho, Desenvolvimento Agrário e Benefícios aos Servidores Público.

Para uma atuação competente área da saúde, os órgãos de saúde devem estar articulados e sintonizados 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, entre outros.

Deste modo, a política da Saúde deve ofertar a promoção à saúde, garantindo os preceitos democráticos, relacionados ao acesso universal e igualitário como dever do estado garantido pela constituição federal de 1988.

3. PROTAGONISMO DO TERCEIRO SETOR SOB O COMANDO DO CAPITAL INCLINADO PARA IDEOLOGIA NEOLIBERAL

Em 1930 por causa dos problemas agravados pela industrialização e urbanização, favoreceu o surgimento nesse período de organizações assistenciais e filantrópicas, que defendiam interesses e direitos coletivos, principalmente do proletariado.

Ocorrem as lutas contra a Ditadura Militar (1964-1985) período de mobilização para combater o autoritarismo e o arbítrio que reinava naquele contexto histórico brasileiro. Sendo um momento de valorização da democracia, surgiram várias organizações e movimentos sociais em consequência de um novo ímpeto introduzido inicialmente por setores cristãos progressistas e depois abraçado por outros setores comprometidos com a democracia, Coutinho (2008 pg.5) conceitua sobre esse período:

Como uma forma de diferenciação entre elas, costuma-se classificá-las grosso modo ONGs “progressistas” e “conservadoras”. As primeiras seriam aquelas oriundas da década de 1970/1980 (ou fundada segundo essa concepção), vinculadas direta ou indiretamente aos movimentos sociais; as segundas, criadas já no auge da implementação das políticas neoliberais, teriam um forte cunho assistencialista. Ou seja, a maioria delas. Essa classificação na verdade não revela a realidade dessas organizações. Mesmo as consideradas “progressistas”, é bom frisar que assim como o termo “sociedade civil” toma uma significação durante os regimes autoritários na América Latina, a mesma proporção tem o termo “progressista”. Ou seja, todos aqueles que se opunham aos regimes autoritários, fossem a favor da “redemocratização” da sociedade, da liberdade de expressão, eram imediatamente considerados do campo progressista. O projeto político, as diferenças ideológicas eram pouco sublinhadas. Com a abertura política, essas diferenças vão ficando mais nítidas, e a linha que separa as organizações consideradas progressistas das conservadoras é cada vez mais tênue porque ambas estão amarradas ao financiamento que recebem. Claro que há diferenças na sua forma de atuação, e aqui, cabe ressaltar que muitas dessas organizações têm cada vez mais dificuldades de conseguirem se manter enquanto tais.

Em 1970 e 1980 surgem as Organizações Não Governamentais-ONGs, com uma movimentação social com papel ideológico que tinha por objetivo substituir o Estado em suas responsabilidades sociais, fortalecendo as políticas neoliberais sendo que em 1980 os

movimentos sociais entram em crise, com a retirada do financiamento internacional e o ressurgimento dos sindicatos, com isso as militâncias se introduzem nas ONGS, um período reorganização das forças políticas, aumentando um debate em torno da democracia (COUTINHO, 2008).

Na década de 90, sob o comando do capital e do projeto neoliberal, é marcada pelo institucionalismo de boa parte dos movimentos sociais que aderiram à ideologia neoliberal e tornam-se parceiros do Estado concordando com a ideologia de valorização da sociedade civil.

O Estado vivenciou um processo de contrarreforma marcado pela expropriação de direitos, principalmente os sociais. Esse processo está articulado à ascensão do neoliberalismo nos anos 1980, consequência da crise do Estado de Bem-estar Social na década de 1970.

Conforme Montano (2002) o papel ideológico do terceiro setor, e da implementação de políticas neoliberais e a sua sintonia no processo reestruturação do capital após 1970, ocorre no momento de flexibilização das relações de trabalho, e o afastamento das responsabilidades sociais e da regulação social do capital e trabalho, no entanto o Estado permanece como instrumento de consolidação.

hegemônica do capital mediante seu papel central no processo de desregulação e (contra) reforma estatal, na reestruturação produtiva, na flexibilização produtiva e comercial, no financiamento ao capital, particularmente financeiro (Montanõ, 2002, p. 17).

O Estado brasileiro retrai as políticas sociais, na tentativa de desresponsabilização, e de indução da sociedade civil, enfraquecendo as conquistas históricas da classe trabalhadora referente às conquistas sociais, havendo a precarização da assistência social, nesse contexto o terceiro setor ganha fôlego, com base na solidariedade e acordos com as classes sociais.

Orquestrada pela ofensiva neoliberal, a ação socioreguladora do Estado se retrai, pulverizando os meios de atendimento às necessidades sociais dos trabalhadores entre organizações privadas mercantis e não mercantis, limitando sua responsabilidade social à segurança pública, à fiscalidade e ao atendimento, através da assistência social, àqueles absolutamente impossibilitados de vender sua força de trabalho (MOTA, 2009, p. 59).

As privatizações em massa, como forma de reverter à estagnação econômica, resultaram em um Estado mínimo (PEREIRA, 1998). Sendo assim, as organizações da sociedade civil de interesse público e de caráter não lucrativo, são usadas como alternativas ao enfrentamento das expressões da questão social, suprindo lacunas do campo social, deixadas pelo Estado mínimo.

O terceiro setor surge a partir de um contexto na sociedade: de mudança no modo de produção quando o capital passa a ser rotativo devido à desterritorialização, dentre tantos outros acontecimentos que abrem espaço para o neoliberalismo, a reestruturação do sistema capitalista – o Terceiro Setor, que surge como uma tática do governo e das entidades privadas, sendo uma forma de (re) filantropização da proteção social, trazendo à tona as formas filantrópicas de atendimento às necessidades sociais da década de 1930.

Mediante a ineficácia do Estado de garantir políticas públicas para os (as) cidadãos (às) principalmente o (a) trabalhador, transfere as mazelas da questão social à sociedade civil, debilitando e fragmentando as políticas sociais, através da privatização das organizações estatais, e do enxugamento, portanto, está inserido na lógica do capital visando lucro.

A quem defenda que o Terceiro Setor surgiu da lógica de mercado, segundo Montaño a dinâmica social que se introduz o terceiro setor: o Estado, mercado e terceiro setor, que não passa de uma reorganização neoliberal para idealizar os processos sociais e dividir o público do privado, Montaño (2003 p.55) diz:

a origem do “terceiro setor” já enfrenta um problema. Surgiu na década de 80, numa construção teórica, com a suposta preocupação de certos intelectuais ligados a instituições do capital por superar a eventual dicotomia público/privado? Teria data anterior, nas décadas de 60 e 70, com o auge dos chamados “novos movimentos sociais” e das “organizações não governamentais”? Seria uma categoria vinculada às instituições de beneficência, caridade, filantropia, dos séculos XV a XIX (ou no Brasil, com as Santas Casas da Misericórdia, Cruz Vermelha, etc)? Sua existência data da própria formação da sociedade, conforme os contratualistas analisam?

As mudanças na forma de gerenciamento do trabalho agrava a questão social, junto com o encolhimento das ações do Estado, ou seja, a população não recebe os serviços do Estado que repassa para a sociedade civil.

As Organizações Não governamentais são uma forma de suprir a desresponsabilização do Estado com relação à assistência social e os problemas sociais, ambientais, sendo uma característica negativa, pois o Estado acaba se distanciando em relação a sua responsabilidade para com a Sociedade, e se distanciando de conquistas legitimadas através da Constituição Federal (1988) e responsabilizando a sociedade civil.

A transferência dos serviços do Estado para o terceiro setor despolitiza as demandas sociais havendo um deslocamento do direito social focando para os princípios de ajuda mútua e solidariedade.

Há algo em comum entre o Terceiro Setor e o Estado: ambos devem cumprir uma função eminentemente coletiva.

Há uma certa divisão de papéis entre ONGs e Estado. A este cabe dar continuidade e abrangência às políticas, estruturando-as e tornando-as estáveis no tempo, seja com a cooperação de ONGs ou não. Esta competência é exclusiva do Estado também por seu monopólio da regulação e capacidade de obrigar à execução das políticas. Às ONGs cabe o papel primordial – mas não exclusivo – de: formular e desenvolver alternativas para tornar as políticas efetivas; colaborar para a sua disseminação, alargando e qualificando o raio de alcance da burocracia federal; ampliar a legitimidade e aprimorar os objetivos das políticas públicas formuladas pelas burocracias. (IPEA 2014, p.22)

As organizações do terceiro setor, financiadas pelo Estado, causam um esvaziamento e recorte das políticas públicas. Nessa lógica de desresponsabilização e transferência das obrigações do Estado para o Terceiro Setor (sociedade civil) altera a orientação e funcionalidade das políticas sociais.

O financiamento para estas entidades pelo Estado é proposital para que surjam instituições que supram de forma paliativa as necessidades dos usuários, tornando-as precárias, focalizadas e seletivas.

Isso acarreta um retrocesso, a responsabilidade do Estado pelas desigualdades sociais, volta-se para a família e aos órgãos da sociedade civil sem fins lucrativos, ou seja, família e a sociedade que enfrentam as refrações da questão social, e o Estado se isentando de suas responsabilidades.

O enfraquecimento dos movimentos sociais traz a perda do foco das lutas de classe e a ideologia neoliberal neutraliza certos movimentos para conformar os sujeitos e disseminar a alienação, para que continuem não cobrando seus direitos e as políticas sejam introduzidas de maneira fragmentada.

Cada instituição, organizada do terceiro setor terá suas ações definidas por seu financiador, gerando amarras, pois este setor não se autogerencia por desenvolver políticas públicas fragmentadas, oscilando entre o público e o privado.

O terceiro setor, é excluído do mercado e do Estado. Segundo Silva (2008), a ligação entre as finalidades do primeiro setor e a natureza do segundo, ocorre uma mistura entre as organizações que mesmo não sendo do governo, visam benefícios coletivos, e ainda que não objetivasse o lucro, são de natureza privada.

Conforme Thiesena, 2009, o terceiro setor, no Brasil ocorreu inicialmente com a edição da Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935, a qual institui a possibilidade das instituições sem fins lucrativos que pleitearem o Título de Utilidade Pública Federal.

Conforme Gohn, 2005 apud Thiesena, 2009 o surgimento nos anos 70 da sociedade civil organizada em oposição ao Estado autoritário, com objetivo de redemocratização:

[...] movimentos sociais não populares, advindos de outras camadas sociais, tais como o das mulheres, dos ambientalistas, pela paz, dos homossexuais, etc., também já tinham iniciado uma trilha de lutas independente do mundo do trabalho e se firmado como agentes de construção de identidades e força social organizada. (GOHN, 2005 APUD THIESENA, 2009 P. 105)

Até meados da década 80 os movimentos populares tinham objetivo, que abrangia qualquer interesse individualizado de determinado grupo, a conquista da democracia, a sociedade civil lutava informalmente pelos direitos civis, e ao mesmo tempo pela redemocratização do país (THIESENA, 2009).

Na década 90 ocorreu maior intensidade o movimentos das entidades do terceiro setor que sempre estiveram presentes na conjuntura brasileira, ocorrendo a atenção dos legisladores para o protagonismo do mesmo.

Conforme Lei nº 9532/97 no art. 12. para efeito do disposto no art. 150 inciso VI, alínea “c”, da constituição, considera-se imune a instituição de educação ou de assistência social que preste os serviços para os quais houver sido instituída e os coloque à disposição da população em geral, em caráter complementar às atividades do Estado, sem fins lucrativos:

§ 1º Não estão abrangidos pela imunidade os rendimentos e ganhos de capital auferidos em aplicações financeiras de renda fixa ou de renda variável.

§ 2º Para o gozo da imunidade, as instituições a que se refere este artigo, estão obrigadas a atender aos seguintes requisitos:

- a) não remunerar, por qualquer forma, seus dirigentes pelos serviços prestados, exceto no caso de associações, fundações ou organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, cujos dirigentes poderão ser remunerados, desde que atuem efetivamente na gestão executiva e desde que cumpridos os requisitos previstos nos arts. 3º e 16 da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, respeitadas como limites máximos os valores praticados pelo mercado na região correspondente à sua área de atuação, devendo seu valor ser fixado pelo órgão de deliberação superior da entidade, registrado em ata, com comunicação ao Ministério Público, no caso das fundações; (Redação dada pela lei nº 13.204 de 2015)
- b) aplicar integralmente seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais;
- c) manter escrituração completa de suas receitas e despesas em livros revestidos das formalidades que assegurem a respectiva exatidão;
- d) conservar em boa ordem, pelo prazo de cinco anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem de suas receitas e a efetivação de suas despesas, bem assim a realização de quaisquer outros atos ou operações que venham a modificar sua situação patrimonial;
- e) apresentar, anualmente, Declaração de Rendimentos, em conformidade com o disposto em ato da Secretaria da Receita Federal;
- f) recolher os tributos retidos sobre os rendimentos por elas pagos ou creditados e a contribuição para a seguridade social relativa aos empregados, bem assim cumprir as obrigações acessórias daí decorrentes;
- g) assegurar a destinação de seu patrimônio a outra instituição que atenda às condições para gozo da imunidade, no caso de incorporação, fusão, cisão ou de encerramento de suas atividades, ou a órgão público.

Após sem qualquer edição de normas, em 18 de fevereiro de 1998 ocorreu a publicação da Lei nº 9.608, a qual disciplina a ação voluntária e define o que é serviço voluntário, bem como estabelece direitos e deveres das entidades que se utilizam deste serviço e daqueles que o prestam e a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, cria um modelo de qualificação das organizações públicas não estatais (associações e fundações), voltadas para a execução de atividades relacionadas ao ensino, desenvolvimento tecnológico, preservação ambiental, cultura, saúde e pesquisa científica em organizações sociais (THIESENA, 2009).

A lei nº 9732 de 11/12/98 altera a lei nº 8.212 de 24/07/91 no art. 55 isenta as contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 desta Lei a entidade beneficente de assistência social. Por fim, conforme (THIESENA, 2009, p.117) o marco regulatório:

ocorreu a edição daquela que é definida por muitos como o marco legal do segmento, pois compreende todas as organizações que compõem o terceiro setor, a Lei nº. 9.790, de 23 de março de 1999, que criou a possibilidade de essas entidades obterem a qualificação de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscips.

A lei nº 9732 de 11/12/98 altera a lei nº 8.212 de 24/07/91 no art. 55 isenta as contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 desta Lei a entidade beneficente de assistência social.

Através da Lei Federal nº 13.019/14 conhecida como Marco Regulatório das Organização da sociedade Civil- MROSCI, tem uma nova denominação para entidades privadas sem fins lucrativos que celebram parcerias com o poder público: Organização da Sociedade Civil – OSC, traz dois novos instrumentos de parceria: Termo de Fomento e o Termo de Colaboração, antes as OSCs precisavam se submeter aos convênios, instrumentos que foram criados para regular as parcerias entre os entes público.

As OSCs tinham que se adaptar as regras impostas de forma específica para a União, Estados, Municípios, com a lei foi facilitado as parcerias com público.

O que caracteriza as diretrizes das entidades, que se forma a partir da organização civil no atendimento, as necessidades da sociedade (saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, proteção de direitos da criança, adolescentes e idosos, proteção de animais e meio ambiente, etc.) Conforme o:

Art. 5º O regime jurídico de que trata esta Lei tem como fundamentos a gestão pública democrática, a participação social, o fortalecimento da sociedade civil, a transparência na aplicação dos recursos públicos, os princípios da legalidade, da legitimidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade, da eficiência e da eficácia, destinando-se a assegurar.(Brasil, 2014)

A lei nº 13.204, de 15 de dezembro de 2015, trouxe relevantes mudanças à Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que muda as rotinas das entidades do terceiro setor: tendo como público-alvo os gestores de organizações, que tenham parceria com a administração pública.

A segurança jurídica das OSCs é a forma transparente os procedimentos de seleção, antes a assinatura de convênio ocorria de forma subjetiva não havia critérios objetivos, com a

lei qualquer parceria é firmada, mediante chamamento prévio, no qual só padrão participar OSCs com experiência mínima de 3 anos. (ABONG).

O primeiro levantamento sobre o setor sem fins lucrativos realizado com dados oficiais no Brasil utilizou como referência o Cadastro Central de Empresas (Cempre) do IBGE para o ano de 2002, que cobre o universo das organizações inscritas no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica). Um dos destaques foi que, entre 1996 e 2002, o número de fundações privadas e associações sem fins lucrativos cresceram 157%, passando de 105 mil para 276 mil.

O Instituto Brasileiro de Economia e Estatística (IBGE) destacou a importância do terceiro setor na economia brasileira, conforme pesquisadores apontaram uma participação de 1,4% na formação do Produto Interno Bruto Brasileiro (PIB) que significa o total de aproximadamente de 32 bilhões de reais. (Zavala, 2015).

A ineficiência do Estado principalmente na área social, tem aumentado a atuação do terceiro setor, com objetivo de atender as demandas sociais, por causa de uma expressiva população em vulnerabilidade social, em virtude do Estado e os agentes econômicos não prover, ocorrendo o favorecimento práticas cada vez mais neoliberalistas do capital.

Conforme Montano (2003) referente ao trato da questão social, no terceiro setor é na moldura neoliberal, por um lado atender a população com serviços de qualidade e adquirir os serviços no mercado com possibilidades econômicas, numa atividade claramente de cunho financeiro e lucrativo, e por outro lado deve intervir, por meio do Estado ou entidades filantrópicas, nas demandas pontuais da população carente com serviços momentâneos, alterando a característica, como do direito do cidadão.

A política de Assistência Social é um direito do cidadão sendo um conjunto integrado de ações dos poderes públicos e da sociedade para atendimento as necessidades básicas da população, conforme a lei 8.742/93. As entidades do terceiro setor Também executam serviços na área de assistência social.

A AAPECAN pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, Possui como atividade preponderante na área de assistência social, que realiza serviços de acolhimento

institucional de forma gratuita a pessoas com câncer que não tenha condições de auto sustento, regulada pela lei nº 8742/93, para cumprir seu propósito a associação atua por meio de execução direta de projetos, programas ou plano de ações, na doação de recursos físicos, humanos e financeiros ou prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuam em áreas afins.

Conforme Iamamoto (2014), em tempos de retração do Estado no campo das políticas sociais, amplia-se a responsabilização da sociedade civil no campo de prestação de serviços sociais, ocorrendo parcerias do Estado com Organizações Não Governamentais que atuam na formulação gestão e avaliação de programas e projetos sociais, com esses tipos de trabalho prestados pelas ONGs, o social passa por um processo de precarização nas relações de trabalho e a restrições de direitos sociais e trabalhista.

Iamamoto observa que:

O investimento em dinheiro, tecnologia, mão-de-obra por parte das empresas realiza-se em busca de uma melhor imagem social, de ampliar vendas e conquistar mercado, da preocupação com a própria sobrevivência empresarial, com a vantagem de usufruírem dos estímulos oferecidos pelo incentivo fiscal de 2% sobre o lucro operacional (2014 p.127).

Com o crescimento das ONGs nos últimos anos, como as salvadoras e como a solução para a pobreza e miséria nas diversas sociedades está nas mãos das instituições do terceiro setor, que exploram o voluntariado e assim construí para enfraquecimento das políticas e cidadania, direitos conquistados historicamente por lutas humanas e sangrentas.

Conforme Montañó (2002) destaca que as ações terceiro setor trazem a descentralização administrativa e a privatização e a transferência das mazelas da questão social para a sociedade civil, repercute de forma negativa no atendimento estatal e na precarização nas demandas sociais.

Em seu texto Montañó faz uma provocação crítica e reflexiva sobre as ações do terceiro setor no campo político e operacional que causa um enfraquecimento nos direitos sociais e contribui com prejuízos econômicos, político e social para as populações, pois direitos conquistados como a educação, saúde, previdência social, assistência social, trabalho, acabam tomando outros caminhos e o Estado cada vez mais neutro em suas responsabilidades sociais.

3.1 O Terceiro Setor como espaço de atuação do assistente social: A AAPECAN

O texto tem como finalidade provocar uma discussão e reflexão acerca do Terceiro Setor, da ação do assistente social nesse espaço sócio ocupacional, fazendo uma análise da configuração desse setor no cenário nacional e a novas formas de diferentes de gestão.

É um aprofundamento das práticas institucionais e a atuação destas entidades que necessitam ser compreendidos, já que elas ocupam um espaço muito grande na atualidade, e o espaço sócio-ocupacional pelos assistentes sociais nas organizações sociais, inculcados nos princípios da ajuda que pode levar os profissionais conforme Iamamoto (2005) a desprofissionalização no atendimento social, pois os projetos sociais das organizações privadas são movidos por interesses privados em detrimento do interesse público, pois são voltados para um público específico e seletivo, que pode alterar o significado do trabalho profissional não norteados pelo projeto-ético-político.

Costa (2006, p.2) observa que:

[...] o gerenciamento da maioria dessas organizações ainda está atrelado às formas tradicionais; a gestão ainda é centralizada e exercida por pessoas não especializadas; a preocupação com a sustentabilidade financeira é predominante entre os gestores; e não há a percepção de que a gestão implica a visão da totalidade institucional em que a participação e o plano gestor ocupam papéis estratégicos.

O que pode impedir a existência de projetos, que propiciem a formação continuada, que compromete o atendimento de qualidade às famílias, para que gerem recursos na perspectiva de emancipação social e não de caridade.

Debater acerca espaço do trabalho do Assistente Social nas organizações privadas não lucrativas, enquanto um novo espaço sócio ocupacional para a profissão, principalmente a partir da década de 1990, no qual a papel do Estado no Brasil e sua relação com sociedade teve novos âmbitos para o assistente social, sob novas condições e relações de trabalho e sobre a autonomia profissional. Conforme Iamamoto, 2001 as mudanças no mercado profissional, desafia a todos os trabalhadores, Com a diminuição do Estado na proteção social, acarretando no postos de trabalho do serviço social na esfera pública, uma precarização nas condições de trabalho, ocorrendo o aumento da terceirização, fazendo uma reflexão sobre a relação Estado com a Sociedade civil, que é marcado pela clientelismo e corrupção uso do privado da coisa pública. Conforme Netto:

[...] é somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições históricos-sociais para que na divisão social (e técnica) do trabalho constitua-se um espaço em que se possam mover práticas profissionais como as do assistente social. A profissionalização do serviço social não se relaciona decisivamente à “evolução da ajuda, a “racionalização da filantropia” nem a “organização da caridade”; vincula-se a “dinâmica da ordem monopólica” [...] (1996, p.69-70).

O mercado de trabalho no terceiro setor está longe de ser um trabalho estável pois há o risco da precarização do trabalho nestes espaços ocupacionais que conforme Netto (1996) apostar em ONGs como saída de um espaço profissional é correr sério riscos do pluriemprego.

Objetivo deste capítulo é fazer uma reflexão do serviço Social na AAPECAN e como se configura o trabalho profissional do assistente social, com os usuários desta instituição. Pois o serviço social é uma atividade, que para se realizar no mercado de trabalho depende das instituições empregadoras.

AAPECAN- Associação de apoio a pessoas com câncer está localizado na Av. Borges de Medeiros, 1897, Bairro Nossa Senhora De Fátima na cidade de Santa Maria-RS é pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e possui como atividade preponderante na área da Assistência Social, possui sede e foro no município de Porto Alegre-RS.

A abertura de uma unidade em Santa Maria, foi pensada pelo atual presidente e sua esposa, diante da grande demanda de pessoas portadoras dos mais diversos tipos de neoplasias malignas (câncer) em vulnerabilidade social que necessitavam de assistência social durante o tratamento.

Está em Santa Maria desde 26 de junho de 2006, o primeiro endereço foi na Avenida Ceará, número 1260, Bairro São João até o momento que a instituição conseguiu comprar o atual prédio, a partir de junho de 2012, foi implantada a casa de apoio com hospedagens aos usuários e acompanhantes, com 11 vagas disponibilizadas aos usuários e familiar/acompanhante em vulnerabilidade social, que realizam tratamento oncológico em Santa Maria, e não tinham lugar para ficar, pois até a presente data a instituição dava só o suporte com suplementos e medicamentos.

A instituição atende as demandas dos usuários da saúde, com câncer em tratamento no serviço de oncologia do HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria e no HCAA - Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo, são usuários que não conseguem acessar as políticas de saúde e assistência social.

Prestando assistência social, com a finalidade de coordenar, planejar, elaborar, assessorar, executar serviços e programas, projetos e benefícios socioassistenciais de forma gratuita, continuada, permanente e planejada conforme a Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993 para indivíduos e famílias em situações de vulnerabilidade, risco social e pessoal.

Atualmente tem aproximadamente 1889 usuários cadastrados, sendo 489 ativos, com abrangência em 38 municípios, compostos por Santa Maria e região. Conforme Tabela 01, os índices das maiores patologias, por cidades, a idades do menor ao Maior, entre outras patologias estão de pulmão, reto, vulva, orofaringe, cervical, N.M. divertículo meckel, linfoma de Hodgkin, não Hodgkin, sendo que os grandes índices de câncer são no sexo masculino.

Tabela 01:

Relação de patologia dos Usuários da AAPECAN

Cidade	Usuários	Patologia	Idade		Sexo	
			Médias <>		Masc.	Fem.
		Maior índice				
Arroio do sol	1	N.M. Pulmão		46	1	
Arroio do Tigre	2	N.M. Mama, Esôfago	50	55	1	1
Agudo	13	N.M. Mama, língua	6	86	5	8
Alegrete	8	N.M. Mama, Esôfago	47	78	3	5
Caçapava do Sul	10	Leucemia, Esôfago	8	75	4	6
Cacequi	9	N.M. Mama, Esôfago	39	74	5	4
Canguçu	1	Leucemia	35	35	1	
Faxinal de Soturno	1	Esôfago	61	61	1	
Formigueiro	2	Esofago, língua	48	70	1	1
Itaara	2	Pâncreas, s/localizações	50	51	2	
Itacurubi	3	Esofago, N. M. Perímetro	29	88	2	1
Itaqui	1	N.M. Intestino	44	44	1	
Ivora	3	Esofago, neurobastona	3	78	2	1

Continuação

Cidades	Usuários	Patologia	Idades		Sexo	
			Médias <>		M	F
Julio de Castilhos	15	N.M Língua, próstata	44	82	8	7
JAGUARI	9	N.M. Esôfago, próstata	63	74	6	3
JARI	6	N.M. Mama, leucemia	2	70	2	4
Mata	4	Próstata,mama	42	80	3	1
Nova Esperança do Sul	1	Encéfalo	37	37		1
Nova Palma	6	Esôfago, língua	55	81	4	2
Paraiso do Sul	5	Língua, pulmão	49	74	3	2
Pinhal Grande	5	Prostata, N.M mama	68	72	3	2
Quevedo	1	N.M. do Fígado	59	59	1	
Redentora	1	N.M. Mandíbula	5	5	1	
Restinga Seca	22	Esôfago, mama	47	75	14	8
São Francisco de Assis	21	Esôfago, próstata	8	90	14	7
São Gabriel	9	N.M. Mama, próstata	39	73	6	3
Santa Maria	232	N.M. Mama, laringe, esôfago	3	85	130	102
Santo Angelo	1	Leucemia	5	5	1	
Cidade	Usuários	Patologia				
S. Barbara do Sul	1	Leucemia	61	61	1	
São Borja	4	Leucemia, próstata	7	70	2	2
São Martinho	3	Leucemia, s. renal	3	60	3	
São Pedro do Sul	11	N.M.Mama, Esofago,próstata, laringe, ossos	3	86	7	4
São Sepé	4	Sarc. Sacosi, Mama, útero,intestino	47	68	3	1
São João de Polisene	1	Leucemia	46	46	1	
Santan do Livramento	9	Leucemia,Mama, esôfago,laringe	8	82	6	3
São Vicente	2	N.M.Mama, próstata	53	53	1	1
Salto do Jacuí	2	N.M. Mama, próstata	38	62	1	1
Santiago	40	Mama, Próstata, esôfago, pulmão	39	81	26	14
Sobradinho	1	Leucemia	15	15	1	
Toropi	4	Neuroblastona, esôfago, ânus	2	69	4	
Tupancireta	5	N .M. Mama,Utero, rim, encéfalo	45	60	1	4
Unistalda	3	Mama,útero, próstata	50	69	1	2

Continuação						
Cidades	Usuários	Patologia	Idades		Sexo	
			Médias <>		M	F
Uguaiiana	2	N.M. Mama, tecido correlatos	2	71	1	1
Vila Nova Do Sul	3	N.M. Mama, Boca, N.M instestino	38	72	2	1
	489				286	203

Fonte: elaboração própria

Desenvolve em conjunto com a Comunidade a captação de recursos, e múltiplas campanhas e atividades: Sábados solidários são realizados todos os meses em frente a algum mercado de grande circulação de pessoas, no qual são convidadas para fazer doação de algum alimento.

Para arrecadação de fundos para a manutenção da entidade, utiliza-se da operação de telemarketing, no qual as funcionárias operadoras do telemarketing ligam para números aleatórios em toda a região de abrangência da AAPECAN convidando a comunidade a ser um doador. Na tabela 02 contem relação média de recursos arrecadados em 2015.

Tabela 02
Média de Captação de Recursos mensais em 2015

Recursos financeiros	Valores
Telemarketing	R\$ 80.000,00 a 150.000,00
Brechó	R\$ 800,00 a 2000,00
ALIMENTOS	R\$ 1.000,00
Leite	R\$ 500,00
Suplementos	R\$ 500,00
Fraldas	R\$ 200,00
Doações diversas de móveis e utensílios domésticos	

Fonte: elaboração própria

Tem por objetivo, fortalecer a função preventiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida; Prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas, promovendo aquisições sociais e materiais às famílias, em vulnerabilidade potencializando o protagonismo e a autonomia dos usuários, Promovendo acessos aos benefícios, programas de transferência

de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção do usuário e família na rede de proteção social de assistência social, e saúde. O espaço físico da instituição está distribuído conforme tabela 03:

Tabela 03
Estrutura física da AAPECAN

Salas	Quantidade
Recepção	1
Comunicação	1
Psicologia	1
Depósito –suplementos	1
Depósito- alimentos	1
Artesanato	1
Quarto cadeirante	1
Banheiros	6
Serviço Social	1
Cozinha	1
Telemarketing	1
Coordenador	1
Telemarketing	1
Escritório	1
CPD	1
Reiki	1
Sala de Estar-Usuário	Sofás, Televisão, Computador.
Quarto Feminino	12camas
Quarto Masculino	08 camas
Cozinha- usuário	1
Área de Lazer	1
Lavanderia	1
Carros	2

Fonte: elaboração própria

Promover acesso aos demais serviços setoriais, contribuindo para usufruir de direitos, apoiar as famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares.

A tabela 4 traz um resumo das atividades realizadas pela equipe técnica, que dão assessoria e suporte psicológico, social e jurídicas, aos usuários da instituição, e mensalmente

realizam palestras sobre os benefícios no qual são convidados algumas pessoas da comunidade para proferi-las.

Tabela 4
Relatorio de atividade sociais/mensais 2015

Atividades	Mensais
Advogado	04
Grupo de Apoio	04
Palestra beneficio	01
Atendimento Individual	61
Psicológico e Social: Individual e à domicílio	18

Fonte: elaboração própria

Fornece benefícios assistenciais na área assistencial e da saúde, e realiza ações que visem o atendimento e o assessoramento e a defesa e garantia de direitos aos seus usuários e familiares, através de acolhimento institucional² provisório de pessoas com neoplasia maligna e de seus acompanhantes, que estejam em vulnerabilidades, durante o tratamento do câncer, fora da localidade de residência.

Realiza ações e serviços de promoção a saúde, voltada para a redução de risco à saúde desenvolvida na área de prevenção de câncer, prevenção do tabagismo, nutrição e alimentação saudável, prática corporal ou atividade física, conforme a tabela 05 traz uma relação de recursos humanos para prestação de serviço aos usuários.

Tabela 5
Recursos humanos

Função	Quantidade
Assistente social	01
Psicóloga	01
Assessora de Comunicação	01
Estagiário de Serviço Social	02
Aux. De Escritório	05
Cozinheira	01

² O acolhimento e a escuta sensível: são instrumentais, que como revela MARTINELLI (1994, p. 137), Os instrumentais técnico-operativos são como um “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional”.

Continuação	
Função	Quantidade
Telemarketing coordenador	01
Mensageiros	17
Operadora de Telemarketing	30
Recepcionista	01
Motorista	01
Coordenador dos Mensageiros	01
Aux. De Serviços Gerais	01
Cuidadora	01
TOTAL	64

Fonte: elaboração própria

A assistência social da AAPECAN surge no momento que o Estado é ineficaz no atendimento dos serviços públicos de saúde e assistência social, direitos legitimados pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196,198, 203 e 204, havendo a responsabilização de direitos sociais para a sociedade civil, que para o Estado é proposital para que surjam instituições que supram de forma paliativa as necessidades dos usuários, tornando-as precárias, focalizadas e seletivas.

Com esta proposta a AAPECAN, vem com o compromisso de dar apoio, suporte aos seus usuários e familiares, pois pessoas com neoplasia maligna, merecem proteção especial, pois muitas vezes encontram-se num estado de vulnerabilidade física, psíquica e social, estando parcialmente desassistido pelo Estado e Sociedade.

Atende as pessoas portadoras dos mais diversos tipos de câncer, que não tem condições de manter o seu tratamento, por isto oferece um suporte provisório até o usuário conseguir acessar os medicamentos e suplementos via oral e enteral, dietas alimentares, cestas básicas, leite, fraldas, fornecido gratuitamente aos usuários mediante cadastro no Serviço social. e avaliação socioeconômica.

A instituição disponibiliza, aos usuários e familiares atividades e grupos como: Reiki que consiste em canalizar a energia através de seus centros superiores cognitivos, irradiando pelas mãos até o receptor através da imposição das mãos na forma de duas conchas, restaurando o equilíbrio natural entre corpo e mente; Oficinas de artesanato: aulas ministradas por voluntários da comunidade que realizam atividades de crochê, pintura, decopagem; Oficinas de inclusão produtiva: O Projeto Relona do Programa Grupo Incorpore-UFSM em

conjunto com a AAPECAN desenvolvem: Ações Coletivas para o Meio Ambiente com o objetivo de dar um destino sustentável as lonas de banners confeccionando sacolas produtiva.

A AAPECAN realiza ações e serviços de promoção da saúde, voltadas para Redução de risco à saúde, desenvolvidas na área de prevenção ao câncer, prevenção ao tabagismo, nutrição e alimentação saudável, prática corporal e atividade física através de campanhas e palestras: outubro rosa através da campanha de conscientização à prevenção de câncer de mama, novembro azul na prevenção do câncer de próstata, dezembro laranja na prevenção ao câncer de pele; junto à comunidade, com o objetivo de orientar sobre as formas de prevenção e enfrentamento da doença.

O serviço prestado pela a AAPECAN é um ambiente harmonizado e preparado na intencionalidade de tornar o lugar aconchegante para os usuários, oferecem 04 refeições diárias, e transporte dos usuários hospedados até os hospitais para o tratamento da doença, esse serviço é oferecido pelo tempo que for necessário para o tratamento, de acordo com a necessidade do usuário.

Trabalha com usuários em situação de vulnerabilidade social que não tem condições de manter o tratamento e estadia enquanto faz o tratamento em Santa Maria, disponibilizando aos usuários, mediante cadastro com o assistente social que faz o acolhimento institucional e democratiza os serviços e informações que a instituição disponibiliza aos usuários e acompanhante.

O trabalho realizado pela AAPECAN é conhecido no Estado e é considerado pelos pacientes e seus familiares como um importante suporte as pessoas que estão acometidas pela doença. Durante 10 anos em que atua em Santa Maria, conseguiu bons resultados em parceria com seus apoiadores e grupo técnico da associação como melhoria na qualidade de vida dos usuários.

Não deixando de destacar os pontos negativos das instituições do terceiro setor que conforme Montanõ (2003) ao falar o terceiro setor sobre as circunstâncias no qual se sustenta política e econômica na forma como se operacionaliza as ações e na forma como a questão social é tratada que trazem prejuízos aos direitos conquistados historicamente e a

desresponsabilização estatal aos direitos sociais conquistados e consagrados na Constituição Federal de 1988.

AAPECAN como ONG pertencente ao terceiro setor tendo esse movimento social para benefícios aos usuários de câncer, ela vem para mascarar as lacunas das políticas sociais ineficazes, do Estado pois como diz Montanõ (2003) que supostamente o terceiro setor teria vindo para resolver um problema de dicotomia entre o público e o privado, o público identificando como o Estado e o privado considerado como mercado, e se o mercado estiver em crise e que tem uma lógica lucrativa, então nem um nem o outro poderiam dar respostas as demandas sociais.

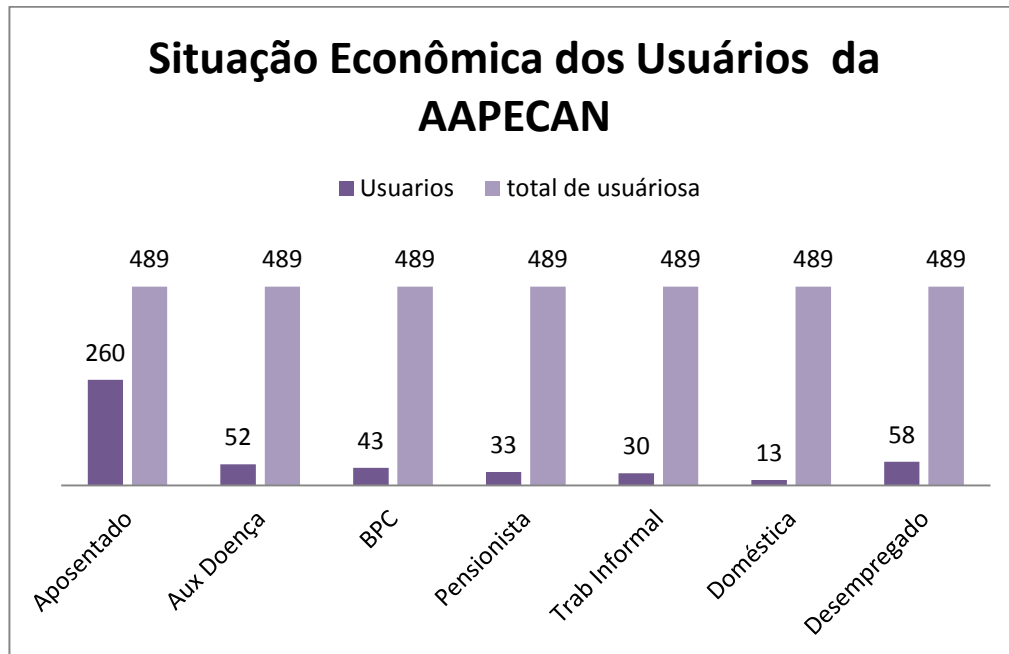
Montanõ (2003) diz que as Organizações Não Governamentais (ONGs) passam a ser financiadas por entidades, muitas de caráter não governamental, através de parcerias, contratada ou não pelo Estado, para desempenhar de forma terceirizada as funções a ela atribuídas, pois ao estabelecer parcerias com uma ONG e não com outra, ou destina recursos a um projeto, e não a outra, estão desenvolvendo um caráter seletivo, o autor traz a discussão reflexiva do trabalho do terceiro setor e os efeitos e prejuízo a população, pois direitos conquistados historicamente na Educação, Saúde, Previdência Social, Assistência Social, pois elas acabam perdendo forças.

O serviço social na AAPECAN surgiu junto com a organização da instituição em 2006, é a porta de entrada pelo qual o usuário consegue acessar benefícios, e conseqüentemente o serviço social na instituição, envolve diretamente sociedade civil e o Estado, intermediando ações aos usuário para que acesse assistência social da instituição, através de uma análise que o serviço social faz sócioeconômica dos usuários, através da entrevista, o assistente social apreende a questão social e como ela se expressa na vida dos usuários.

Nesse contexto percebe-se as desigualdades sociais quando o usuários ao se deparar com a doença encontram dificuldades em acessar as políticas sociais e por não terem uma resposta estatal recorrem a AAPECAN para amenizar as dificuldades que encontram para o tratamento do câncer, principalmente a alimentação, hospedagem e transporte.

Dando suporte para aos usuários em tratamento pelo SUS, que tenha renda de até 03 salários mínimos, sendo que a maior média de renda é de um salário mínimo, conforme o gráfico 1 mostra o perfil dos usuários:

Gráfico 1



Fonte: elaboração própria

Através deste gráfico percebe-se a vulnerabilidade social dos usuários da AAPECAN, que ao descobrir a Neoplasia Maligna encontram-se desassistido pelo Estado.

O serviço Social como conceitua Yamamoto (2014) tem como base a questão social que é apreendida no conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que se apropria dos frutos do trabalho coletivo, no qual da origem a pobreza que atinge a maioria da população e o serviço social trabalha nas mais variadas formas que as expressões questão social se apresenta na classe trabalhadora que vivenciam estas desigualdades.

É neste cenário que o serviço social na AAPECAN se apresenta, quando o trabalhador em vulnerabilidade social é acometidos de câncer, enfrentando dificuldades de acessar as políticas sociais, pois a maioria dos usuários recebem um salário mínimo, que não cobre gastos básicos como alimentação, remédios, e os trabalhadores informais, (doentes) não podem trabalhar e ao acessar as políticas sociais se deparam com a burocratização no encaminhamento para o amparo assistencial, e muitos ao encaminhar o Benefício de

Proteção Continuada-BPC³, não recebem pois vão a óbito, devido ser detectado a doença num estágio avançado.

As práticas desenvolvidas na instituição também precisam ser permeadas pelo acolhimento e pelo respeito ao usuário entendido como um cidadão de direitos. A proposta de atuação do assistente social na instituição considera o acolhimento uma das principais ações para que haja uma humanização da atenção à assistência social e saúde sendo fundamental nas relações que se estabelecem entre usuários e o assistente social de forma a conhecer a realidade social e familiar. Pois o cuidado é importante para a recuperação, traduzindo na escuta, na orientação, na informação e encaminhamentos, tornando-o capaz de fazer escolhas em relação ao tratamento de saúde.

Outro instrumento utilizado pelo assistente social na realização do acolhimento é a entrevista, conforme, (LEWGOY, 2007), a entrevista é o encontro dos sujeitos no qual se produz a relação de escuta e responsabilização a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção ou seja intervir e desvelar a realidade social.

O Serviço social visa garantir direitos sociais para a população desassistida, fazendo isso por meio de políticas sociais, de forma investigativa e planejada para que acessem a esses direitos garantidos na Constituição federal de 1988.

O assistente social atua de forma interventiva, investigativa e reflexiva na viabilização dos direitos dos usuários através dos benefícios da instituição e o estatuto da instituição, pautado no Projeto ético-político da profissão, conforme o Código de Ética de 1993 como um dos princípios fundamentais:

“V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;”.

³ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) é um benefício individual, não vitalício e intransferível. Instituído pela Constituição Federal de 1988, ele garante a transferência de 1 (um) salário mínimo à pessoa idosa, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência de qualquer idade, que comprovem não possuir meios de se sustentar ou de ser sustentado pela família.(BRASIL, 2015)

E na lei 8662-93 V, VI de: orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais identificando recursos, para defesa de seus direitos, bem como planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais.

É de extrema importância que o assistente social identifique as necessidades específicas de cada usuário, construindo possibilidades de acesso a seus direitos e potencializando a sua autonomia neste processo de saúde-doença.

Tendo em vista a discussão da questão social e como ela se apresenta na vida dos usuários da AAPECAN, o território e o trabalho para uma constituição reflexiva nas questões sociais, e a forma como ela se apresenta no cotidiano da vida dos usuários, necessidades básicas, e informações para que possam acessar as políticas sociais.

O protagonismo do serviço social, como Iamamoto (2005), refere-se é a questão social, são o objeto de trabalho do assistente social e possui o instrumento para a intervenção, fundamentados nas bases teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, se concretizando através entrevistas, reuniões, pareceres, encaminhamentos.

E na apropriação dos frutos do trabalho pela sociedade capitalista, e sem a proteção de um Estado dominado pela burguesia, no qual se origina numa sociedade, as desigualdades sociais que se expressam na vida dos trabalhadores. Esta contradição do trabalho coletivo, a falta de saúde, assistência social, violência, desemprego, falta de moradia, analfabetismo, drogadição, trabalhador informal, são as consequências da contradição do capital e trabalho, e que se reflete na vida dos usuários da AAPECAN, que ao se deparar com a doença, e totalmente invisível para um Estado Capitalista, vivem num estado de miserabilidade, dependendo totalmente da Sociedade civil para um atendimento básico.

Conforme Pastorini (2010) diz que é necessário pensar o que consisti proteção numa sociedade de indivíduos atravessada pela desagregação dos princípios de solidariedade e pela crescente desresponsabilização do Estado e de sua função de proteção de direitos de cidadania, e analisar a real possibilidade de sustentar um sistema baseado no conceito de solidariedade e igualdade numa sociedade capitalista focada numa ideologia neoliberal no qual a precarização do trabalho, a instabilidade econômica reflete esmagadoramente na classe

trabalhadora, e quando adoece fica à margem da sociedade e deparando-se com a fragilização da saúde, e com a dignidade totalmente comprometida.

O assistente social intervém nas relações sociais, seu trabalho busca construir uma nova sociedade, que supere a contradição entre o capital e trabalho, que agrava a questão social sendo que Iamamoto (2005) diz que vai depender do profissional que na hora da intervenção, expor para a instituição, Estado, organização não governamental, a importância de o trabalho estar fundamentado no projeto ético-político e no Código de Ética de 1993, trazendo princípios fundamentais para defesa das classes trabalhadoras e na lei nº 8662-93 de regulamentação da profissão que vão direcionar o trabalho do assistente social para futuras intervenções nas expressões da questão social que se apresentam na vida dos indivíduos. A respeito Iamamoto diz:

Dar conta das particularidades da múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais cotidianas. (2014, P.62)

O assistente social no cotidiano do exercício profissional se depara com a realidade, e analisa, como os sujeitos vivenciam as dificuldades de acessos a política social. O trabalho do profissional de serviço social da AAPECAN é realizado no plantão social que é um instrumento da profissão, Segundo Vasconcelos (2001), o plantão social tem como objetivo de constituir-se em ações imediatas isoladas e assistemática que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio, ao mesmo tempo que são articuladas programas e projetos que atinjam o usuários de forma sistemática e continuada, garantindo os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988.

O Setor de serviço social possui uma sala com espaço amplo, com ar condicionado duas mesas e poltronas, com ventilação, com arquivos com pastas para cada usuário, o profissional tem privacidade total com os usuários, a entrevista duram de 30 a 45 minutos, onde outros profissionais respeitam quando do setor está em atendimento, não havendo interrupção, conforme CFESS, RES.493:

Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as

características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;

b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;

c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;

d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Ao fazer entrevista, o assistente social se apropria de alguns instrumentais para apropriação das demandas para o serviço social, através do cadastro o preenchimento da ficha social⁴ no qual tem os dados e informações sobre o usuário, como endereço e dados pessoais da constituição familiar e renda familiar, E através da escuta sensível⁵, e através da observação sensível⁶, e através da investigação e análise se dará o processo de intervenção, a maioria dos atendimentos há uma intervenção imediata com entregas de cestas básicas e leite e suplementos, medicamentos, que conforme a Lei 8662-93:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

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

E do código de Ética -1993:

Art. 8º São deveres do/a assistente social:

A - Programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente;

Algumas demandas tem de haver uma investigação mais profunda para identificar se a realidade que o usuário está trazendo para a instituição é real, ocorrendo a visita domiciliar, que conforme Cardoso, (2008), o assistente social investiga a realidade do usuário e assim conhecendo a realidade planeja a intervenção, pois através desse contato com os usuários em seu espaço de vida se tem a dimensão da realidade social.

Quando o profissional se depara com o usuário em situação de medo e angústia em processos dolorosos de tratamento, pois vem com a perspectiva da morte eminente, quando procuram o serviço social estão fragilizados, após identificar as demandas para o serviço social, faz o encaminhamento para psicóloga.

⁴ Ficha social: instrumento de registro de informação, afim de armazenar e transmitir informações e dados do usuário cadastrados na AAPECAN.

⁵ Escuta sensível: escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro (FREIRE, 2002 pg.44).

⁶ Observação sensível tem a qualidade de nos alertar para o sensível no relacionamento com os usuários.(Cardoso,2008, p.24).

O assistente social junto à equipe técnica da psicologia e relações públicas trabalha na publicização para adquirir recursos para a instituição, para o pagamento e manutenção de uma equipe técnica e funcionários o trabalho se desenvolve com visitas institucionais⁷ e aos meios de comunicação na busca da visibilidade da instituição nas comunidades para que os mesmos contribuam com doações.

Ao trabalhar com a equipe técnica o assistente social desenvolve trabalhos interdisciplinar promovendo e desenvolvendo suas atividades cotidianas, em consonância com o Código de Ética da profissão (1993) de incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar.

São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. Em outros termos, a equipe condensa uma unidade de diversidades. Neste contexto, o Assistente Social, mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações [...] Cada um dos especialistas, em decorrência de sua formação e das situações com que se defronta na sua história social e profissional, desenvolve sensibilidade e capacitação teórico-metodológica para identificar nexos e relações presentes nas expressões da questão social com as quais trabalham e distintas competências e habilidades para desempenhar as ações propostas (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

O assistente social faz visitas institucionais ao Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo–HCAA e ao Hospital Universitário de Santa Maria-UFSM, Unidades Básicas de Saúde-UBS e as Secretarias de Saúde com o objetivo de subsidiar as profissionais a respeito das atividades realizadas pelas instituições que encaminham os usuários para a instituição, para a busca de maior integração entre os profissionais.

O trabalho é desenvolvido em redes⁸ articulando com outras instituições identificando os serviços que compõem a rede entre elas são HCAA (Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo); UFSM (universidade Federal de Santa Maria) CRAS (Centro de Referência

⁷ Conforme Toniolo (2008,p.129): Muitas podem ser as motivações para que o Assistente Social realize uma visita institucional. Enumeramos três delas:Quando o Assistente Social está trabalhando em uma determinada situação singular, e resolve visitar uma instituição, com a qual o usuário mantém alguma espécie de vínculo.Quando o Assistente Social quer conhecer um determinado trabalho desenvolvido por uma instituição;Quando o Assistente Social precisa realizar uma avaliação da cobertura e da qualidade dos serviços prestados por uma instituição.

⁸ Redes um conjunto de unidades ou equipamentos que prestam serviços públicos. A palavra “rede” nesses casos é utilizada para indicar a vinculação dessas unidades a um órgão central controlador ou gestor das políticas de atendimento. Tratam-se de sistemas organizacionais que organizam serviços criados e controlados por uma Secretaria ou Ministério de governo (DANTE, 2000, p. 01).

Especializados da Assistência Social; CREAS (Centro de Referência Especializados da Assistência Social; Unidades básicas de Saúde, Ministério Público, Justiça Estadual, Secretárias de Saúde)..

O assistente social abre espaços para estagiários, porque tem como princípio que é indispensável na formação dos docentes um processo de aprendizagem que conforme a lei 8862-93: “VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;” pois tem a compreensão que é necessário ao acadêmico estar preparado para enfrentar os desafios, os estagiários são incentivados a entrar em contato com a realidade da instituição tendo o suporte necessário para realização do estágio com acompanhamento teórico e prático direcionado no ético-político, o profissional tem na instituição dois estagiários, no qual faz um acompanhamento direcionado na política de estágio.

Conforme a Política Nacional de Estágio-PNE o estágio é um momento importante na construção acadêmica, e dever ser realizado de forma que venha acrescentar na formação profissional, com discussões direcionada a criticidade do estágio, sendo um processo coletivo de ensino e aprendizagem, no qual se realiza a observação, registro, análise e acompanhamento da atuação do estagiário, bem como avaliação do processo de aprendizagem, para a construção do acadêmico, sendo que a avaliação deve ser realizada constantemente pelos supervisores acadêmico e supervisores de campo e estagiário.

CFESS aprovou a resolução n. 533, de 29/09/2008, que regulamenta a supervisão direta de estágio supervisionado no Serviço Social, considerando os aspectos:

- que a norma regulamentadora, acerca da supervisão direta de estágio em Serviço Social, deve estar em consonância com os princípios do Código de Ética dos Assistentes Sociais, com as bases legais da Lei de Regulamentação da Profissão e com as exigências teórico-metodológicas das Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social aprovadas pela ABEPSS, bem como o disposto na Resolução CNE/CES 15/2002 e na lei 11.788, de 25 de setembro de 2008; -a necessidade de normatizar a relação direta, sistemática e contínua entre as Instituições de Ensino Superior, as instituições campos de estágio e os Conselhos Regionais de Serviço Social, na busca da indissociabilidade entre formação e exercício profissional; -a importância de se garantir a qualidade do exercício profissional do assistente social que, para tanto, deve ter assegurada uma aprendizagem de qualidade, por meio da supervisão direta, além de outros requisitos necessários à formação profissional; - que a atividade de supervisão direta do estágio em Serviço Social constitui momento ímpar no processo ensino-aprendizagem, pois se configura como elemento síntese na relação teoria-prática, na articulação entre pesquisa e intervenção profissional e que se consubstancia como exercício teórico-prático, mediante a inserção do aluno nos diferentes espaços ocupacionais das esferas públicas e privadas, com vistas à

formação profissional, conhecimento da realidade institucional, problematização teórico-metodológica (Resolução CFESS n 533 de 29/09/2008)

O Serviço Social tem em seu processo de trabalho a contradição e seus desdobramentos, bem como os desafios diários que perpassam, neste caso, a gestão e o trabalho numa empresa do terceiro setor é condicional, o trabalho profissional está limitado ao estatuto da instituição, que muitas vezes engessa a execução da intervenção.

4- EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Conforme considerações do Instituto Nacional do câncer (INCA,2012), “o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica” (BRASIL, 2011, p.). Neste contexto, a AAPECAN- Santa Maria é considerado um espaço importante para o tratamento dos usuários oncológicos, sendo considerado um Centro de Referência na região de abrangência do HUSM e HCAA.

Durante o período de estágio I e II realizado na instituição, foram realizadas visitas domiciliares, e nessas visitas verificou-se a necessidade de atuação do Serviço Social de forma mais constante com a finalidade de decifrar as demandas para a instituição e redes de acompanhamento do início ao fim do tratamento dos usuários.

No atendimento do plantão social, identificam-se as demandas após a observação dos usuários que utilizam os serviços da instituição, e que apresentam as mais variadas necessidades. Muitos deles com a doença em situação mais avançada onde o grau de sofrimento do paciente é, por vezes, ainda maior.

No plantão social são na média de 08 a 10 atendimentos, entre acolhimentos avaliações socioeconômicas. A grande maioria dos usuários oncológicos em tratamento apresentam vulnerabilidades sociais, econômicas e culturais. Com o diagnóstico da doença, esta situação se amplia, fazendo com que o paciente se sinta mais fragilizado, o que percebe-se é que os usuários não tem acesso aos seus direitos como usuários do SUS, passando por situações que os deixam mais vulnerabilizados.

Foi identificado que os usuários em tratamento vivenciam diferentes expressões da questão social como más condições financeiras, histórico de trabalho precarizado, limitado acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade, entre outros. Também observamos que essa situação é ampliada devido à vulnerabilidade que a doença impõe.

Diante dessa situação, o trabalho do assistente social deve ser direcionado no sentido de identificar necessidades específicas dos usuários, e construir possibilidades de acesso a seus direitos e potencializar a sua autonomia neste processo de saúde-doença com vistas para um atendimento humanizado.

A grande maioria desses usuários tem família constituída, reside em zona urbana e rural, tem uma situação socioeconômica que dispõe de poucos recursos financeiros e um nível de escolaridade menos elevado. A condição socioeconômica se torna um fator relevante no diagnóstico e tratamento da doença oncológica.

Após o diagnóstico vem a necessidade do tratamento contínuo aos usuários. Durante a realização do tratamento muitos usuários e familiares interrompem suas atividades laborais, dificilmente retornando à atividade profissional, ocorrendo, assim, a perda ou a diminuição da renda familiar.

Alguns são trabalhadores formais, porém, observamos, além destes, trabalhadores autônomos e informais que, ao se ausentarem de seus trabalhos para o tratamento, também ficam sem renda. Outros trabalhadores identificados foram os trabalhadores rurais que também tem sua renda/trabalho prejudicada devido à distância dos serviços básicos de saúde e/ou precariedade dos serviços de atendimento.

O assistente social, em sua atuação na área de assistência social e saúde, especificamente na assistência oncológica, deve tomar a família como objeto de cuidado, considerando seus limites e possibilidades no enfrentamento da doença. Como exemplo disso, destaca-se o encaminhamento para as redes de proteção.

Muitos usuários não sabem sobre seus direitos relacionados à Seguridade Social. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), atua para garantir a renda do trabalhador e de sua família nos momentos de incapacidade laborativa ocasionada por doença, acidente, gravidez,

prisão, velhice ou morte. Compete ao INSS reconhecer os direitos e promover todos os meios para que os trabalhadores tenham acesso aos benefícios previdenciários, porém, para que esse acesso aos benefícios ocorra, a pessoa tem que contribuir mensalmente com a previdência social.

Se os usuários não são segurados antes do diagnóstico de câncer, com a enfermidade ficam impossibilitados de trabalhar, não podendo usufruir de direitos previdenciários como, por exemplo, o auxílio doença. Tem direito a esse benefício o trabalhador que contribui com a Previdência Social e fica temporariamente incapaz para o trabalho por mais de 15 dias consecutivos. Uma vez contribuindo com a Previdência, a pessoa com diagnóstico de câncer não necessita da carência de 12 meses de contribuição para acessar o benefício.

Quando o usuário é idoso (Lei Federal nº 10.741/2003 – Art. 34 – Estatuto do Idoso) ou pessoa com deficiência (Lei Federal nº 8.742/1993 – Art. 20 e 21 – LOAS), pode obter o Benefício de Prestação Continuada (BPC), é necessário que a renda per capita familiar seja inferior a $\frac{1}{2}$ (metade) do salário mínimo.

Apesar do diagnóstico de neoplasia não se enquadrar nesse benefício, a previdência social tem concedido esse benefício desde que o critério de renda caracterize a impossibilidade do paciente e de sua família de garantir seu sustento.

O tratamento ao qual se submete o usuário é longo e exige cuidados intensos. Muitos necessitam sair de seus municípios para realização do tratamento e suas rotinas alteradas. O que acaba dificultando mais o enfrentamento da doença, além do desgaste físico, financeiro e emocional.

Os usuários que realizam o tratamento fora de sua cidade tem direito ao Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), que é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao usuário, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município

ou Estado da Federação. Este benefício é concedido quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do usuário, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existe. Constatou-se também, através dos atendimentos, que muitos usuários não conhecem os seus direitos e/ou não sabem como acessá-los.

Considerando esses aspectos, foi identificado a importância de executar durante o período de estágio II a implementação do projeto de intervenção com os usuários da casa de apoio que estavam hospedados no período do projeto, na perspectiva da viabilização dos direitos sociais demarcados na Constituição Federal de 1988.

4.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção exigido no estágio curricular teve como tema: “Onde Estão Meus Direitos sócioassistenciais?” O objetivo geral do projeto de intervenção é construir de forma participativa com usuário e seu familiar um suporte de apoio com informações de direitos sócio assistenciais, que visam a autonomia e emancipação dos usuários. E objetivos específicos de: identificar quais são os demandas do usuário para viabilizar informações com respostas para as mesmas; averiguar quais são os direitos sócio assistenciais que os usuários não têm acesso e construir meios para a acessibilidade para os mesmos; Verificar o grau de satisfação dos usuários com os benefícios assistenciais fornecidos pela Associação de Apoio a pessoas com Câncer; Realizar tarefas a fim de socializar aos usuários o seu autocuidado no período de ajustamento nas mudanças, que a doença trás para a vida do usuário no tratamento, ou ainda na manutenção ou adaptação as novas situações; Socializar informações de redes de proteção ao usuário.

Como instrumentais técnico-operativos foram utilizados nesse processo de intervenção, Roda de conversas em grupo e uma Cartilha com os direitos das pessoas com câncer.

Inicialmente a intenção na elaboração da cartilha era propiciar a socialização de informações e conhecimentos voltados para os direitos dos pacientes oncológicos, e também despertar o interesse dos usuários para a procura de seus direitos sociais ao acessarem as

políticas sociais e serviços públicos. Neste caso, percebemos a boa receptividade dos usuários ao receber as informações semanais no grupo.

No projeto foi incluído inicialmente rodas de violão, mas devido a receptividade com músicas no grupo foram utilizadas outras dinâmicas, envolvendo música em todo o período de execução do projeto.

O projeto teve a finalidade de reconhecer as necessidades dos usuários, objetivando uma escuta qualificada com o propósito de buscar relações de confiança para um melhor acompanhamento. As atividades com os usuários e acompanhantes em tratamento foram realizadas durante o período de estágio II, compreendido entre 01-04-2016 a 30-06-2016 com carga horária de 105 horas proporcionando atenção aos usuários e familiares ao desenvolver o projeto de intervenção.

Desse modo, a partir dessas ações, foi identificado a necessidade do assistente social em decodificar os aspectos vivenciados pelos usuários, através de uma observação crítica da realidade, problematizando essa realidade a partir das demandas que o usuário trazia nas atividades semanais do projeto.

É dever do assistente social possibilitar condições para o fortalecimento do usuário, no sentido de ampliar suas percepções para a viabilização de seus direitos e garantindo o direito à informação.

O Código de Ética da profissão (1993) apresenta em seu Art. 5º como deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as”.

Nesse sentido, foi verificado a necessidade de produzir a cartilha, a falta de conhecimento faz com que muitos usuários do SUS não tenham acesso aos seus direitos, contendo informações sobre os direitos sociais dos usuários com câncer e as formas de acessá-los, facilitando o atendimento dos usuários e acompanhantes.

Ao realizar os estágios curriculares foram identificadas algumas demandas dos usuários, entre o que caracterizou o projeto de intervenção foram as demandas identificadas principalmente pelos usuários que fazem uso da casa de apoio.

O Projeto de Intervenção é uma das ações conjuntas entre, a supervisora de estágio acadêmico e supervisor de campo, o projeto foi planejado através das demandas percebidas no estágio I, no qual os usuários trazem até os profissionais e estagiários que trabalham, considerando que os usuários da Associação de Apoio a Pessoas com Câncer (AAPECAN), fazem uso dos benefícios da casa de apoio. Os usuários encontram-se vulnerabilidade social por ter de sair de sua cidade para fazer tratamento de câncer em um período de mudanças no processo de saúde doença, surgindo anseio pela cura, e muita vez vem acompanhada por fragilidades de vínculos familiares.

Muitas dúvidas permeiam a vida do usuário: de como será o processo saúde-doença, e junto com isso surge à vulnerabilidade social e falta de acesso à informações de seus direitos como cidadãos. E quando acessam aos benefícios da AAPECAN, confundem a assistência social com assistencialismo e caridade.

Sendo assim compreende-se que é necessária aos usuários informações sobre seus direitos sócioassistenciais que estão garantidos pela Constituição Federal de 1988, os direitos à assistência social, saúde, direitos sociais da pessoa com câncer e de demais políticas sociais necessárias para autonomia e emancipação de sujeitos.

Nestes aspectos compreende-se a ausência de informações para que esses usuários possam construir sua autonomia sendo isso fundamental neste momento de superação da doença, além disso, entra a questão que o mais importante para um sujeito é uma vida com melhor qualidade e autonomia.

É na busca da autonomia e emancipação destes sujeitos que se procura desenvolver o trabalho de grupos, abordando assuntos sobre as políticas sociais e fortalecendo o espaço da população usuária na garantia de seus direitos. As atividades foram desenvolvidas através de roda de conversas em grupo com abordagens com contexto educativo de forma coletiva, que foi apresentado através de dinâmicas e slides, permitindo as possibilidades de projeção

das políticas sociais, são estratégias de interação e socialização direcionada para a viabilização dos direitos sociais.

Neste espaço foram abordadas a politização das políticas sociais públicas e direitos sociais através da democratização dos direitos sócioassistenciais, tendo momentos em grupo para os usuários contarem suas experiências exporem suas dúvidas e conhecimentos, em relação as políticas de proteção social.

O projeto de intervenção “Onde estão meus direitos socioassistenciais?” teve início dia 05/05/2016, com os 08 usuários, onde foi apresentado o projeto de intervenção que tinha como objetivo informar aos usuários acompanhante/familiar sobre os direitos sociais, que visam à autonomia e emancipação dos usuários; foi informado sobre os direitos sócioassistenciais dos usuários e os meios para que os mesmos busquem acessá-los; Incentivando o fortalecimento da autonomia e emancipação dos indivíduos, para que esses se reconheçam enquanto sujeitos de direitos; identificando quais são as demandas institucionais e dúvidas do usuário, e buscar dar respostas para as mesmas.

Foi apresentado um resumo das políticas sociais que seriam problematizadas no projeto de intervenção, e a apresentação foi através de slides, no Datashow destacando a falta de acesso às informações de direitos aos cidadãos, que muitas vezes ao acessarem os benefícios da AAPECAN, confundem a assistência social com assistencialismo e caridade, não compreendendo que é direito escrito na Constituição Federal de 1988.

Os usuários participaram, contaram às experiências que estavam passando nesse período em suas cidades, falaram que os atendimentos nas unidades básicas são difíceis, pois os funcionários das unidades de saúde de seus municípios atendem de maneira precária e desumana deixando claro para os usuários que eles tinham que agradecer “porque é de graça”.

A atividade profissional dos trabalhadores da saúde, nem sempre respondem aos desafios, de promover assistência de qualidade, e humanizada, entre esses fatores, está o contato com as limitações humanas. Rios (2009) alerta as condições precárias de trabalhos destes profissionais e que acabam refletindo no atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

Há um aspecto de grande importância no trabalho destes profissionais que é o trabalho com dimensões humanas, envolvendo emoções e afetividades, e que deveriam permear a relação entre trabalhadores da saúde, pacientes e familiares direito garantido conforme a Portaria nº 1820/MS/GM de 13 de agosto de 200, que dispõe:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.
Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência.

A Política Nacional de Humanização é discutida a partir dos desafios colocados no campo da saúde coletiva pelo Sistema Único de Saúde. A definição dos princípios norteadores: Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS. utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivo.

Depois da apresentação em slides sobre os direitos sociais houve a roda de música com violão com participação da voluntária, que tocou e cantaram juntos, as músicas foram, variadas: gauchescas, sertanejos universitários, gospel e populares.

Conforme INCA (2012) a música melhora o aspecto fisiológico é capaz de interferir no batimento cardiovascular, no sistema respiratório e na tonicidade muscular, através da atividade com música pode-se perceber que realmente a música na oncologia é positivo, ao fazermos a dinâmica “qual é a música?” Que consistia que cada usuário escolheria uma música para ser tocada foi positiva e o usuários ficaram animados ao escolherem suas músicas:

Houve participação do usuário, com neoplasia maligna do esôfago, relatou seu trabalho de 40 anos como trabalhador rural, teve como profissão capataz de fazenda contou

sobre os invernos que passou pelas regiões da fronteira e o período de tosa e abate de ovelhas e bovinos, o usuário usa trajes gauchescos, falou que sente saudades, e contou várias experiências de sua vida, falou iria trazer um DVD com gravação de sua vida campeira, para a estagiária.

Como explica Luzamir Rangel, graduanda em musicoterapia pelo CBM-CEU que os benefícios do trabalho com a música são importantes. “A Canção toca a alma, alcança lugares aonde a palavra não chega” (INCA, 2012).

Logo após o término do projeto houve o encerramento com uma janta. e durante jantar os usuários compartilharam que o projeto à noite, era melhor, pois aproveitavam melhor as atividades, e que através do projeto, eles aprenderam sobre seus direitos sociais, também pediram que no próximo encontro tivesse novamente música porque eles estavam muito animados.

No segundo encontro do projeto de intervenção, aconteceu dia 12/05/2016, contou com a presença 08 usuários na roda de conversa foi discutido sobre a política de saúde, a estagiária de serviço social apresentou através na data show o slide conceituando a política de saúde, o SUS e o TFD.

O TFD envolve a garantia de transporte, hospedagem e ajuda de custo para alimentação, quando indicado, é concedido exclusivamente, aos pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, poderá ser autorizado o pagamento de despesas para acompanhante.

O diálogo realizado com os usuários foi fundamental para compreenderem a complexidade do tratamento de saúde fora do município, objetivo era compreender o processo para acessar o transporte para o deslocamento para cidade de santa Maria para tratamento oncológico.

Muitos usuários e familiares necessitavam sair do seu município para fazerem tratamento oncológico, houve a participação de todos os usuários, que não tiveram dificuldade de expressar-se e contarem suas experiências.

O que se observou nesta intervenção através da fala dos usuários é sobre atendimento das redes de saúde a falta de humanização dos profissionais de saúde há um estranhamento e resistência por parte de muitos profissionais da saúde na compreensão que a saúde é um direito de todos e os procedimentos que envolvem a saúde; o argumento principal dos usuários é a falta humanização inerente à prática de quem trabalha com a saúde pública.

Existem diversos serviços disponíveis na rede pública de saúde, entretanto os usuários deparam-se com problemas ou mesmo dificuldades para ter acesso a atendimentos, a estagiária falou da importância de serem, protagonistas de exigirem e reivindicarem os direitos, não só que os seus problemas sejam resolvidos, mas principalmente, para que os serviços possam ser democratizados de maneira igualitária para todos.

Outro assunto debatido do slide sobre o direito à política de saúde foi sobre o Sistema Único Saúde-SUS⁹ foi conceituado o contexto histórico brasileiro, no qual direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Foi debatido com os usuários que embora o SUS tenha obtido conquistas importantes, ainda não conseguiu resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, sendo os dois principais: a dificuldade de acesso aos serviços e o mau relacionamento com os profissionais da área. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de garantir a toda população brasileira o acesso universal às ações e serviços de saúde. Ele foi oficializado pela Lei N°8080/90.

Foi gerado um debate no qual os usuários falaram sobre a doença e o tratamento pelo SUS.

Usuário com 62 anos câncer dos ossos:

9 O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira.

*Eu ainda estou me adaptando a doença não tem sido fácil para mim e minha família, ficou tudo de cabeça para baixo quando descobrimos a doença, mas agora estamos mais tranquilos é só seguir o tratamento, e esperar a cura, e saber dos direitos que temos, e pelo fato de ser gratuito, não sabia nada sobre o SUS.
(SIU)*

Logo após o encerramento do slide foi discutido sobre a “caixa de ouvidoria”¹⁰, a estagiária disse aos usuários que tinha lido os recados da caixa e que no momento só tinha agradecimentos dos usuários à coordenação e à equipe técnica, a estagiária falou que era importante as sugestões para que a casa de apoio saiba do grau de satisfação dos usuários e o que pode ser mudado na casa para o melhor acolhimento dos usuários.

Logo após a voluntária que toca violão, tocou a música que o usuário que está com câncer de pulmão pediu inclusive este usuário estava na cama, bem debilitado, mas quis muito participar do grupo. Escolheu a música Bicho preto- Ênio Medeiros; porque esta música lembra da infância e seus pais e o bicho-preto tem um significado especial de resgate dos momentos bons de sua vida:

*O bicho-preto vem subindo na coxilha
Vento frio e temporal
Caminhando uns em cima dos outros
Ladeira acima fugindo do banhada*

Quando terminou a música todos os usuários se emocionaram porque essa música também era conhecida deles, pois, os usuários da casa atualmente são trabalhadores rurais que também trabalhavam no campo e esta música traz recordações.

Conforme INCA os aspectos fisiológicos como a batida cardiovascular sistema respiratório e tonicidade muscular melhoram com a música. Marly Chagas, psicóloga e supervisora do Projeto Musicoterapia em Oncologia, no INCA, defendem os benefícios da atividade para os tratamentos clínicos. Por exemplo, o uso da música é capaz de diminuir a ansiedade e desconforto e mesmo a dor. “Entre a dor e a música, o cérebro prefere a música”, afirma Marly.

¹⁰ caixa de ouvidoria que será deixado na casa de apoio lacrada, durante a semana os usuários poderão escrever de forma secreta, elogios e queixas da instituição de coisas que podem ser mudadas para um melhor acolhimento dos usuários, e esta caixa será analisada pelo Serviço Social e depois socializado as demandas dos usuários com a gestão da unidade.

Muitas dúvidas permeiam a vida do usuário: de como será o processo saúde-doença, e junto com isso surge à vulnerabilidade social e falta de acesso a informações de seus direitos como cidadãos e as expressões da questão social elas ganham grandes dimensões nesse período.

apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de inversão e de reinserção da vida, construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas as novas formas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado. (IAMAMOTO, 2000, p.28)

O terceiro encontro dia 19/05/2016, teve a presença de 06 usuários, em forma de roda de conversa¹¹ nesse dia foi apresentado a política da Previdência Social como política contributiva e o acesso a ela. Foi apresentado slide conceituando a Previdência Social e os requisitos para acessar.

Os usuários participaram, contaram às experiências que estão passando nesse período em suas cidades, falaram que os atendimentos nas unidades, que ainda precisa melhorar muito. Foi destacada a importância deles como cidadãos de passar estas informações a mais pessoas.

Um usuário de Caçapava do Sul falou como foi o seu processo de acessar a TFD:

“Quando soube que tinha direito ao transporte, levei o papéis para a secretária e deixei tudo certo, pois tem um primo meu que trabalha na prefeitura e me ajudou a arrumar os papéis, na sexta feira liguei para eles confirmar se eles viriam me buscar, eles disseram que não tinha nada com eles, foi aí que a estagiária intermediou junto com o hospital de caridade para que eles viessem me buscar, porque eles não queriam, depois de tudo certo, com os papéis ele vieram”. (SIU)

Foi comentado com os usuários como foi processo de intervenção do Serviço social da AAPECAN junto com setor da radioterapia do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo teve que intervir ligando para a secretária de Saúde, foi mandando declaração através de e-mail de que o usuário estava em tratamento, para conseguir transporte da Prefeitura de Caçapava do Sul para buscar o usuário, conforme fala do usuário ele já tinha cadastro e requerido na secretaria de saúde, mas o setor de transporte não tinha a documentação sendo perdido na secretaria do município. Foram discutidos com os usuários os

¹¹ Roda de conversa é um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, muda caminhos, forja opiniões, razão por que a Roda de Conversa surge como uma forma de reviver o prazer da troca e de produzir dados ricos em conteúdo (MOURA, 2014, p. 01).

descasos das secretarias de saúde dos municípios.

Logo depois da apresentação em slides sobre os houve a roda de música com violão com participação de voluntária, que tocou e cantou juntos com os usuários. Houve janta de confraternização, e na mesa os usuários continuaram contanto suas experiências entre eles, sobre o acesso a direitos, houve uma participação de todos de maneira positiva.

Ao aplicar o projeto de intervenção a estagiaria observou que os usuários estavam sentindo-se à vontade de contribuir com experiências do cotidiano de suas vidas, e destacaram que poucos sabem sobre seus direitos e por isso ficam limitados quando são tratados com descasos pelos órgãos públicos.

O projeto de intervenção do dia 31/05/2016, às 18:30-presença 03 usuários, nesse dia, foi passado o filme SICKO - SOS Saúde - Michael Moore disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=VoBleMNAwUg>. SICKO S.O.S saúde é um documentário gravado nos EUA com passagem em 2007 por países como Cuba, Canadá, França e Inglaterra do diretor e produtor o cineasta norte-americano Michael Moore.

Descreve situações reais através das quais compara o Sistema de Saúde americano com o de outros países mostrando que nos Estados Unidos, as seguradoras apesar de lucrarem absurdamente, não cobrem uma grande parte dos serviços para a população, e quando cobrem, o fazem apenas em parte. O documentário mostra vários casos de famílias americanas que apesar de terem seus planos de saúde, as suas despesas não são pagas pelas seguradoras e nem os medicamentos, ou exames na maioria dos casos.

A estagiária de serviço social fala sobre o Sistema Único Saúde-SUS¹², sobre o contexto histórico, que o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

¹² O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira.

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Foi debatido com os usuários que embora o SUS tenha obtido conquistas importantes, ainda não conseguiu resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, sendo os dois principais: a dificuldade de acesso aos serviços e o mau relacionamento com os profissionais da área. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de garantir a toda população brasileira o acesso universal às ações e serviços de saúde. Ele foi oficializado pela Lei N°8080/90.

Logo após a apresentação do documentário foi debatido sobre o filme, os usuários disseram que gostaram muito do documentário.

A esposa do usuário de Restinga Seca com Câncer de laringe disse:

Bem eu não tenho reclamação do SUS, muitas pessoas reclamam, mas eu sempre consegui fazer os exames, e meu marido está sendo bem tratado, não sabia que nos Estados Unidos as pessoas sofriam assim num país tão rico. Também não sabia da importância do SUS para nós comparando com o EUA, muito bom o tratamento naquele país, que se tratam e saem até com dinheiro para passagem (SIU).

Os usuários da AAPECAN disseram que não sabiam que o SUS era um sistema público de saúde dos maiores do mundo, disseram que mesmo com todas as dificuldades de acesso as saúdes estavam satisfeitos com os atendimentos oncológicos que estão recebendo da rede pública.

A apresentação do documentário é baseada no Código de Ética de 1993 de “V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”. E da lei de regulamentação da profissão n° 8662-93 das atribuições do assistente social “II -planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; na busca desta reflexão crítica dos usuários da saúde pública concedido aos brasileiros.

Conforme a política Nacional de Comunicação do CFESS-CRESS trata-se de um instrumento destinado a fortalecer e potencializar a produção e a socialização de informação

para a sociedade na direção e compromisso com o projeto ético-político profissional, com objetivo:

Defender a democratização da comunicação, em contraposição ao desrespeito aos direitos humanos; - Promover ações de comunicação que fortaleçam a articulação de ações conjuntas com movimentos sociais e organizações de usuários/as de políticas públicas; - Dar publicidade ao Projeto Ético-Político Profissional e à gestão democrática do Conjunto CFESS-CRESS; - Dar visibilidade à profissão, afirmando a imagem da/do Assistente Social em sintonia com o Projeto Ético-Político, fortalecendo a compreensão do Serviço Social pela sociedade; - Ampliar o reconhecimento da categoria profissional e de suas entidades representativas como fontes de informação junto aos meios de comunicação de massa comerciais e alternativos; - Socializar a informação para contribuir na qualificação do exercício profissional (CFESS-CRESS, 2014, p.2)

A reflexão sobre o exercício profissional e com a prática profissional que se construiu os conhecimentos necessários para buscar a democratização com os usuários, sendo assim, os propósitos vêm aliados à busca e orientar a atuação e autonomia contido na vivência cotidiana do usuário ao acessar as políticas de proteção social, criando alternativas de resistência construído e fortalecido no projeto ético-político da profissão. Para Yamamoto (2000) o serviço social possui um objeto na qual intervém sendo essas a questão social e suas expressões, no qual possui instrumentos para sua intervenção norteados no teórico-metodológico, ético-político, técnico-operativo.

O 5º encontro dia 09/06/2016 contou com a presença de 06 usuários novos, e dois que já estavam hospedados totalizando 08 pessoas. Por ter usuários novos na casa de apoio a estagiária fez a abertura falando dos objetivos do projeto que é autonomia do usuário ao exigir seus direitos sócioassistenciais perante órgãos públicos referente ao direito à Saúde, à assistência social e à previdência social.

Falou que estava se sentindo privilegiada pelo projeto de intervenção, no qual alguns usuários se beneficiaram e se empoderaram diante das secretarias de saúde de seus municípios. Disse que o projeto seria através roda de conversa¹³ e que foi pedido antecipadamente para os usuários da casa que tiveram algumas experiências a respeito de conseguir que seus direitos fossem efetivados:

A primeira foi falar foi a esposa do usuário de Restinga Seca:

Ela disse:

¹³ A conversa é um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, muda caminhos, forja opiniões, razão por que a Roda de Conversa surge como uma forma de reviver o prazer da troca e de produzir dados ricos em conteúdo (MOURA, 2014, p. 01).

“depois que soube dos meus direitos brigava toda a semana com os cara do transporte, pois deixava eu e meu veio na faixa esperando pois passavam direto e não nos pegavam tinha que sempre está ligando, porque se não ficava na estrada, depois que denunciei no HUSM, eles mandaram a assistente social falar comigo para mim não reclamar pois era culpa do governo que estava naquela situação, eu disse que tinha direito e sabia das lei, e disse para ela que ela estava mal informada, mandei ela se informar, ela ficou furiosa e disse que eu procurasse meu direito é muito bom saber dos direitos assim podemos exige que tratem com respeito, quando ele veem que a gente sabe dos direitos eles mudam a maneira de trata a gente, eu sempre informo as pessoas que estão fazendo quimioterapia no HUSM, quando eu sei que alguém está sofrendo com o transporte eu falo que tem uma lei que diz que eles tem que trazer as pessoas doente, agora eles vem buscar no horário teve um dia que tinha dois motoristas me esperando sai da quimioterapia eles já estavam lá” (SIU).

A estagiária observou que esposa do usuário se empoderou ao saber dos direitos sociais, principalmente o direito a saúde exigindo da secretária de saúde de seu município, falando desses artigos da Constituição Federal de 1988, no qual teve conhecimento no projeto de intervenção da estagiária:

Observou-se que o serviço social da AAPECAN, teve que fazer a mediação¹⁴ para que o usuário não ficasse mais na faixa esperando, no hospital universitário de Santa Maria-HUSM porque houve sucessivos casos de displicência da Secretaria Municipal de Saúde, pois foi preciso que o Serviço social junto com serviço social do Hospital Universitário de Santa Maria, intervisse com declarações e e-mail para o gabinete de prefeito, pois não tínhamos retorno da secretária de Saúde, ao realizar a intervenção o assistente social usa de princípios norteadores do Código de Ética dos principio fundamentais “V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;”

O usuário de Caçapava do Sul relatou:

“Depois que soube que tinha direito de transporte pela palestra, levei as papeladas tudo lá, e deixei tudo certo para me buscar, mas na sexta-feira liguei para confirma, eles disseram que não tinha nada e que não iam me buscar, falei com a estagiária que ligou e ajudou os papeis para mim, e aí eles vieram me busca, mas agora eu não confio, sempre confirmo um dia antes porque sei que eles esquecem, foi bom saber sobre meus direitos. (SIU).

Durante a roda de conversa houve boa participação dos usuários ao realizar o projeto de intervenção “Onde estão meus direitos socioassistenciais?”

¹⁴ Faleiros (1997) referente a mediação e a construção e desconstrução de mediações, no processo de fragilização e fortalecimento do poder, implicam um instrumental operativo para captar as relações e elaborar estratégias que constituem o campo de uma profissão de intervenção social na constante relação teoria/prática.

Pois o objetivo do projeto foi levar informações ao usuário e seu acompanhante/familiar sobre os direitos sociais, que visam à autonomia e emancipação dos usuários. Estes objetivos foram executados pois através das experiências dos usuários ao exigir das secretarias municipais de saúde de seus municípios o TFD, pois observa-se uma boa demanda de usuários que não sabem e não usufruem deste programa, ou o recebem com displicência pelas secretarias de saúde municipais.

E em relação aos objetivos de informar sobre os direitos sócioassistenciais que os usuários não têm conhecimento e construir meios para os mesmos busquem acessá-los, o serviço social elaborou várias estratégias de intervenção para que os usuários acessem esses direitos sociais, inclusive foi acionado as redes¹⁵ do Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM, Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo-HCAA, As Secretária Municipais de Saúde de Caçapava do Sul, e Restinga Seca, para que a TFD fossem cumpridas.

Incentivando o fortalecimento da autonomia e emancipação dos indivíduos, para que esses se reconheçam enquanto sujeitos de direitos, houve o suporte do serviço social para que os usuários tivessem autonomia, e empoderamento ao falar com as devidas secretarias municipais de saúde.

Identificando quais são as demandas institucionais e dúvidas dos usuários, e buscar dar respostas para as mesmas. Após as intervenções, os usuários trouxeram as suas demandas, e junto foi sendo construído com os usuários, estratégias para o empoderamento do usuário, e todas as demandas referentes aos direitos socioassistenciais foram resolvidas em tempo de o usuário não passar por constrangimentos ou prejuízos, tendo seus direitos violados

Ainda o usuário tem os serviços oferecidos não na perspectiva de direitos, embora tenha se garantido o avanço em relação a direitos sociais na Constituição Federal de 1988. Na área de saúde, apesar de se ter atingido a universalização, ainda os serviços são precários na rede pública que não permitem o acesso a todos.

A estagiária destacou que os serviços prestados na instituição, também é nas perspectivas de direitos e não como caridade, pois a casa é mantida pela comunidade para que

¹⁵ Redes um conjunto de unidades ou equipamentos que prestam serviços públicos. A palavra “rede” nesses casos é utilizada para indicar a vinculação dessas unidades a um órgão central controlador ou gestor das políticas de atendimento. Tratam-se de sistemas organizacionais que organizam serviços criados e controlados por uma Secretaria ou Ministério de governo (DANTE, 2000, p. 01).

eles recebam os benefícios, então se acontecer alguma situação que fere os direitos deles como usuários, devem ser imediatamente comunicado ao Setor de Serviço Social ou psicologia.

No 6º encontro, dia 16/06/2016 do projeto de intervenção teve a presença de 08 usuários. A estagiária fez a abertura falando dos objetivos do projeto que é a autonomia do usuário ao acessar serviços públicos, pontuando os direitos sócioassistenciais ao direito à Saúde, à assistência social e à previdência social e do artigo 194 da constituição federal que conceitua sobre a política de proteção social que são ações dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social e todos aqueles que contribuem para o custeio do sistema terão como direito sua proteção na área da previdência social.

Logo após slide foi apresentado vídeo conceituando sobre a previdência social, a estagiária perguntou quem recebia benefício da previdência social e queria falar como foi o processo para acessar o benefício.

O senhor de Caçapava do Sul falou que é aposentado por invalidez, tem o benefício da Previdência Social:

Eu era empregado da prefeitura de Caçapava, trabalhava nas obras, mas num jogo de futebol, me bateram na cabeça com as costas do machado, e fiquei 5 meses em coma e acordei não lembrava o que tinha acontecido, a última 08 horas anterior a batida eu esqueci, recebi auxílio doença por um tempo e depois me aposentaram por invalidez. (SIU)

A usuária de alegrete com neoplasia maligna da mama com 47 anos relatou que trabalha de cuidadora de idosos e crianças e que não tinha carteira assinada, e que no atual momento está difícil depender de outras pessoas, pois não tenho direito a amparo assistencial.

É ruim não assinava a carteira de trabalho agora, vou ter que arrumar emprego trabalhava cuidando de idosos e crianças, mas não assinavam a carteira, que agora depende dos filhos e dos pais aposentados, porque o médico disse que após quimioterapia, ela poderá trabalhar normalmente, só não pode erguer peso, vai ser difícil arrumar emprego, pois minha cidade não tem emprego. (SIU).

Ao ser apresentado projeto de intervenção “ Vamos conversar sobre direitos sócioassistenciais” e ao democratizar informações sobre as políticas públicas da seguridade social, destaca-se a importância do conhecimento para os usuários nesse período da doença em que precisam dos serviços públicos, pois quando a doença chega é que as expressões da

questão social se intensificam por causa da pobreza e injustiças sociais, e ao acesso a política de proteção social ineficazes que não suprem as necessidades básicas isso traz a reflexão sobre as expressões da questão social para o profissional de serviço social conforme IAMAMOTO:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] ... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social. (1997, p. 14).

Através dos debates os usuários trazem as dificuldades com as secretárias do seu município, principalmente com os profissionais da saúde, e que através do projeto eles estão tendo mais autonomia.

O projeto de intervenção foi desenvolvido na perspectiva de emancipação dos indivíduos ao fazer a análise institucional no primeiro semestre de estágio foi algo que me instigou a realizar o projeto. Ao identificar que alguns usuários não acessavam direitos de proteção social, por não saber que tinham direitos a esse tipo de tratamento de assistência social e saúde.

O projeto de intervenção do dia 23/06/2016, tinha a presença de 06 usuários, a estagiária fez a abertura falando que seria o último dia do projeto, que ficou satisfeita, pois o resultado foi imediato e que não esperava que o projeto fosse tomar outras direções, e que a surpresa do projeto foi as demandas que vieram para a instituição referentes ao Tratamento Fora do Domicílio-TFD¹⁶ e como o resultado foi autonomia de alguns usuários perante a secretária de Saúde de seus municípios ao exigir os seus direitos sociais.

¹⁶ Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS) É um programa normatizado pela Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, que tem por objetivo garantir o acesso de pacientes moradores de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda de um Estado para outro Estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte, hospedagem e ajuda de custo para alimentação, quando indicado, e é concedido exclusivamente, aos pacientes atendidos na rede pública e referenciada.

Neste dia falaria da assistência social através de slides conceituando sobre assistência social¹⁷, sendo um direito do cidadão e dever do Estado está na Constituição Federal de 1988, que foi definida como política pública de Seguridade Social compondo o tripé com a Saúde, e Previdência Social.

Logo após apresentação de vídeo a estagiária perguntou quem recebia benefícios da Assistência Social:

Usuária de Alegrete disse:

“Eu teria direito pois tenho câncer, mas o médico atestou que após tratamento posso trabalhar. Então depois das sessões de quimioterapia, voltarei a trabalhar logo, porque não posso ficar dependendo dos meus pais ou minha filha, vou fazer alguma coisa que não precise mexer muito os braços ou levantar peso. Sei que Deus vai me ajuda ainda bem que a doença está no começo” (SIU).

Esposa do Usuário de Restinga Seca disse:

Eu não sabia que existia BPC, é muito bom saber destas coisas. Saber dos direitos, eu não preciso meu marido é aposentado, mas vou poder ajudar outras pessoas quero participar dos grupos de Restinga e sempre dizer para as pessoas, pois a gente não sabe dos direitos da gente, eu gostei muito do teu projeto ajudou muito a gente. (SIU).

Usuário de Santana do livramento:

Muitas vezes sofremos, ou ficamos quietos porque não sabemos de nossos direitos, então sofremos calados, é muito bom saber que temos direitos, que está na Constituição. (SIU)

Ao ser apresentado projeto de intervenção e ao democratizar informações sobre as políticas públicas da seguridade social foi pontuado sobre a assistência social que “cabe a assistência social, como mecanismo econômico e político, cuidar daqueles que não existem para o capital: o trabalhador parado, o que não possui vínculo formal, o desempregado, o indigente, os deserdados para o capital” (SPOSATI E ETAL, 2012, p.22) quando somos acometido de doença, e necessitamos da Assistência Social ela vem de forma seletiva e fragmentada, pois ela não responde as demandas dos desassistidos, pois quando a doença chega é que as expressões da questão social se intensificam por causa das desigualdades

¹⁷Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

sociais a pobreza e injustiças sociais, e a dificuldades para acessar as políticas de proteção social ineficazes que não suprem as necessidades básica dos desassistidos:

As principais manifestações da “questão social” – a pauperização, a exclusão, as desigualdades sociais – são decorrências das contradições inerentes ao sistema capitalista, cujos traços particulares vão depender das características históricas da formação econômica e política de cada país e/ou região. Diferentes estágios capitalistas produzem distintas expressões da “questão social” (PASTORINI, 2004, p. 97).

A estagiaria agradeceu a participação dos usuários e familiares, pela participação porque aprendeu com eles na prática o que aprendeu no mundo acadêmico, a importância desta profissão para a sociedade, e o poder que os profissionais de Serviço Social tem de contribuir para emancipação dos indivíduos.

No final houve uma confraternização com uma janta especial preparada pela cuidadora da casa de apoio¹⁸, Gostaram muito da participação da roda de violão com Acadêmica de Física Da Universidade Federal de Santa Maria.

Houve despedida especial do usuário de Restinga Seca, que contribuiu com o projeto, relatando suas experiências com as secretárias, na qual ela travou batalhas, mas no final ela conseguiu com que seus direitos fossem respeitados.

Ao final do projeto com o objetivo de socializar os dados obtidos para viabilização de acesso a direitos sócioassistenciais, foi entregue aos usuários a cartilha que fazia parte do projeto de intervenção com informações sobre direitos socioassistenciais de pessoas com câncer.

Através dos grupos foram feitas reflexões com o intuito de promover mudanças, na autonomia de cada usuário. Buscando sempre respeitar os aspectos de cada usuário, a fim de priorizar o usuário. O projeto de intervenção foi norteado pelo projeto ético-político da profissão, comprometido com as três dimensões o ético-político, teórico-metodológico e o técnico-operativo na busca da liberdade individual dos usuários.

¹⁸ CUIDADORA DA CASA DE APOIO: Funcionária contratada pela instituição para cuidar dos usuários a noite.

Também foi realizado a socialização do projeto de intervenção no dia 05/07/2016, na palestra benefício¹⁹ que é organizado pelo serviço social e a psicologia mensalmente, o assistente social pediu a estagiária que apresentasse o projeto de intervenção aos usuários de Santa Maria.

Palestra benefícios é dado mensalmente pela equipe técnica toda a primeira quinta do mês, onde são trazidos, convidados para dar palestras, requisito para os usuários receberem benefício é vir nas palestras.

Com a presença de 08 usuários e familiares de Santa Maria que utilizam benefícios mensais, a estagiária fez a abertura falando do projeto, como tinha sido, executado com os usuários de outras cidades através de grupos com rodas de conversas, falou das demandas que vieram para a instituição referentes ao Tratamento Fora do Domicílio-TFD²⁰ a partir do projeto o resultado foi a autonomia de alguns usuários perante a secretária de Saúde de seus municípios ao exigir os seus direitos sociais.

Compartilharia com eles as informações da cartilha. Sobre os direitos socioassistenciais. Para que o mesmo também possa saber dos direitos que a pessoa com câncer tem, disse que apresentaria através de slides, e que no decorrer da apresentação, eles poderiam tirar as dúvidas e compartilhar as experiências que tiveram ao acessar as políticas sociais.

A estagiária destacou a importância da AAPECAN, como suporte para os usuários e familiares pois tem uma equipe técnica composta pelo assistente social, psicólogo, e advogado à disposição dos usuários e familiares, para dar orientação e encaminhamentos para serviços públicos e da instituição.

Disse que iria distribuir para os usuários as cartilhas em que tinha orientações sobre direitos socioassistenciais, e também iria distribuir a Constituição Federal de 1988, e que todo

²⁰ Tratamento Fora de Domicílio (TFD)_no Sistema Único de Saúde (SUS) É um programa normatizado pela Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, que tem por objetivo garantir o acesso de pacientes moradores de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda de um Estado para outro Estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte, hospedagem e ajuda de custo para alimentação, quando *indicado, e é concedido exclusivamente, aos pacientes atendidos na rede pública e referenciada*

o cidadão devia ter uma em casa e para ter acesso pode ser através da Câmara de vereadores, com assessores dos políticos, ou com os próprios políticos.

Nestes aspectos compreende-se a ausência de informações para que esses usuários possam construir sua autonomia sendo isso fundamental neste momento de superação da doença, além disso, entra a questão que o mais importante para um sujeito é uma vida com melhor qualidade e autonomia.

Neste sentido os usuários encontram-se desassistidos, devido a ineficácia do poder público em executar de políticas sociais que atendam suas demandas.

É na busca da autonomia e emancipação destes sujeitos que se procurou desenvolver o trabalho de grupo, com os usuários e seus familiares, para buscar juntos alternativas para o enfrentamento da doença.

Promover informações sobre os direitos sociais de maneira continuada é uma demanda do serviço social, facilitando que mais usuários possam ser contemplados, através deste projeto de intervenção os objetivos foram alcançados, pois os resultados foram positivos, pois houve a participação de todos e o empoderamento de alguns usuários todos de alguma maneira participaram estando conscientes de seus direitos, e de alguma forma irão buscá-los.

Segundo Souza (2008) ao pontuar a prática do assistente social, diz que o conhecimento, a instrumentalidade e a intervenção profissional do assistente Social ocupa um lugar privilegiado, pois atua diretamente no cotidiano das classes menos favorecidos, ele tem a possibilidade de produzir um conhecimento sobre essa mesma realidade.

Portanto, percebemos o quanto a inserção do Assistente Social para a garantia de direitos se faz necessária, onde o profissional vai atender, para mediar às contradições das desigualdades sociais inerentes e emergentes do sistema capitalista de produção, sendo seu trabalho norteado pelo compromisso com o projeto ético-político, no Código de ética de 1993 e na lei da regulamentação da profissão, que são direcionadas na liberdade e equidade dos sujeitos ao acessar seus direitos garantidos pela constituição federal de 1988.

Durante o período de estágio II, trabalhei no plantão social, fazendo acolhimento e entrevistas, outra atividade diária era o acompanhamento social dos usuários que estavam hospedados na instituição e assim investigar as necessidades e dúvidas durante o tratamento, e através deste acompanhamento social, houve várias demandas para o serviço social entre as quais a que teve mais demanda foi as dificuldades que os usuários tinham em vir para Santa Maria todas as segundas-feiras, pois os usuários encontravam dificuldade para agendar a vinda e a volta semanal para suas respectivas cidades, pois toda semana tinham que ligar para a secretária de Saúde, agendando, o que gerava equívocos dos profissionais da saúde, como o esquecimento de agendar o retorno, o que causava transtornos aos usuários.

Quadro de sistematização das ações do projeto de intervenção:

Data dos encontros	Nº usuários	Temáticas discutidas
1º encontro 05/05/2016	08	- apresentação do projeto de intervenção - Políticas sociais - Política Nacional de humanização
2º encontro 12/05/2016	08	- política de saúde - TFD - SUS - Caixa de ouvidoria
3º encontro 19/05/2016	06	- políticas de proteção social - política da previdência social
4º encontro 31/05/2016	03	- filme SICKO – SOS Saúde - reforma sanitária
5º encontro 09/06/2016	08	- reapresentação do projeto
6º encontro 16/06/2016	08	- vídeo sobre previdência social

7º encontro 23/06/2016	06	- política de assistência social - BPC - encerramento do projeto
8º encontro 05/07/2016	08	- socialização do projeto na palestra mensal de AAPECAN
Total de usuários	55	

Fonte: elaboração própria

4.2 TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

Ao realizar o projeto de intervenção através da roda de conversas com os usuários da AAPECAN com o tema “Onde estão meus direitos socioassistenciais?” houve uma preocupação constante de informá-los sobre os direitos da pessoa com câncer, bem como também para identificar e viabilizar direitos sociais. Nas rodas de conversas sempre o Tratamento Fora do Domicílio se tornou uma demanda constante porque os usuário não sabiam que este tratamento de saúde era um direito, o que gerou intervenção na instituição junto com a rede de serviços.

Mesmo sendo um programa conhecido do Sistema Único de Saúde-SUS, muitos usuários não tinham acesso a estas informações, tornando o tratamento para câncer difícil, bem como a negligencia ou descaso dos profissionais de saúde em informar sobre este programa de saúde e também como um direito do cidadão, neste sub item busco uma reflexão e problematização sobre a TFD e como acessá-lo.

O TFD é um programa estabelecido em 1999 pelo Ministério da Saúde, muitas vezes não existe na cidade o tratamento necessário indicado pelo médico por causa disso o usuário necessita fazer o tratamento de saúde na cidade mais próxima que tenha o tratamento, esse direito deve ser concedido aos usuários atendidos na rede pública da saúde, conveniada ou contratada pelo SUS.

O Estado com base no art. 197 e 198 da constituição federal de 1988 e da própria lei que foi criado no plano de saúde Nacional da 8080/90, prevê a possibilidade do pagamento de diárias e despesas, esse direito é instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), Considerando a Portaria SAS/MS/Nº 237, de 09 de dezembro de 1998, publicada no Diário Oficial nº 238-E, de 11 de dezembro de 1998, que define a extinção da Guia de Autorização de Pagamentos – GAP, e como instrumento para pagamento do Tratamento Fora do Domicílio – TFD.

Art. 1º - Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado (Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999).

O direito ao tratamento de saúde vale quando o usuário possuir o pedido encaminhado para secretária de saúde do município ou secretaria do Estado da saúde, encaminhado com o laudo do médico informando a patologia da enfermidade e a necessidade de tratamento especializado para ser aprovado e não pode ser feita para tratamento menos de 50 km de distancia da cidade, para que seja analisado pode ter um acompanhante caso o paciente precise, o conselho municipal analisa a situação do usuário. Então é possível o Tratamento Fora do Município, é necessário para o tratamento pelo SUS.

“§ 5º - Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância e em regiões metropolitanas”

Art. 13 – O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre e fluvial ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido (Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999).

O TFD é uma maneira do SUS fornecer o serviço de saúde mesmo que na localidade específicas que a pessoas precise o SUS não possua o serviço especializado a pessoa precise de cirurgia ou um diagnóstico, o SUS não possua o serviço. O SUS se compromete

a custear as passagens a diária na localidade e inclusive para o acompanhante e o tratamento é feito nesse outro local onde tenha o tratamento que a pessoa precise.

Para participar do programa é preciso que o cidadão comprove a necessidade que precise do tratamento, é preciso que fique comprovado que a especialidade que não exista no local e quando estiver garantido o atendimento no município de destino, através do aprazamento pela Central de marcação de Consultas e Exames especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos; “Art. 2º - O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência, com horário e data definido previamente.” Com exames completos, no caso de cirurgias eletivas.

Tem que ter a disponibilidade orçamentária do município ou do Estado, para fazer o custeio das despesas, então muitas vezes o cidadão esbarram em algum problemas no preenchimento destes requisitos a disponibilidades orçamentárias do município ou estado que diz que não tem como pagar, ou a pessoa não consegue comprovar o tratamento. A saúde é um direito de todos e, é dever do poder público prover a assistência, por isso Defensoria Pública da União atua com frequência nesta área prestando auxílio ao cidadão de baixa renda.

Com a referência dos pacientes de TFD explicitada na Programação Pactuada Integrada – PPI de cada município e na programação Anual do Município/Estado “Art. 3º - A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na PPI de cada município e a especialidade não existe no local. (Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999).

Mas caso o pedido seja negado o cidadão, pode procurar a Defensoria Pública, ou seja se a existe a especialidade ou diagnóstico ou até um médico considera que é possível fazer diagnóstico, mas verificando com outro médico que aquele diagnóstico não leva a nenhuma melhora e o paciente descobre que é possível o tratamento em outro local. Então o defensor e o assistente social, psicólogos buscam comprovar o preenchimento dos regulamentos da portaria que regulamenta o TDF. A saúde é um direito de todos e é dever do poder público a prover a assistência, por isso Defensoria Pública da União atua com frequência nesta área prestando auxílio ao cidadão de baixa renda com base no art. 197 e 198 da constituição federal de 1988.

Para procedimentos do TFD é preciso estar constantes na tabela do SIA e SIH/SUS;

Tratamento para fora do país; Pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino “§ 4º- Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.”

Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local do tratamento; “§ 3º - Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB”.

Quando não for explicitado na Programação Pactuada Integrada – PPI dos municípios a referência de pacientes em Tratamento Fora de Domicílio “Art. 3º - A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na PPI de cada município.”

Ela tem que vim de forma regulada muitas vezes o paciente vem de forma voluntária, por conta própria arrecada sua poucas economias e não vem assistida pelo município, pois devido a ansiedade por causa da doença, ela mesmo por conta procura o hospital de referencia ou cidade que tenha estrutura, ela não é assistida quanto ao transporte e custo com alimentação, ou pernoite, Então o paciente se depara com o desespero de não conhecer muita vezes a cidade.

Art. 6º - A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

No caso dos usuários voltarem no mesmo dia para sua cidade será custeado a alimentação conforme portaria Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999):

Art. 8º - Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas, apenas, passagem e ajuda de custo para alimentação.

Art. 9º - Em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora do Domicílio, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes.

Se o usuário saiu de sua cidade regulado pelo programa para tratamento em outra cidade ou Estado, o SUS custeia o retorno, o transladado.

Na minha experiência de estágio e do projeto de execução, houve muitos casos de usuários em tratamento pelo SUS que não sabiam sobre o TFD, ao saberem da doença e sem muitas informações das secretarias municipais de saúde, e o desespero de saber do câncer, vendem bens, fazem empréstimos por não terem condições e vem por conta própria, para Santa Maria passando por muitas necessidades, pois muitos usuários são da área rural de cidades pequenas são os que mais sofrem por não terem informações. Teve situações de um usuário, que depois de esgotar todas as rendas, com empréstimo e venda de bens, chegou para o doutor e disse que não iria mais fazer o tratamento pois não tinha como vir para Santa Maria e que na atual situação só aguardava a morte, o médico, o profissional da saúde informou sobre TFD e também das instituições de Santa Maria que prestava serviço de assistência e acolhimento a pessoas em tratamento do câncer pelo SUS em vulnerabilidade social.

Outro usuário com câncer de próstata veio de ônibus para Santa Maria, para tratamento, através do Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo de Santa Maria soube da AAPECAN, onde houve acolhimento, no qual o serviço social através da entrevista descobriu que o usuário não tinha dinheiro para retornar para sua cidade depois de uma semana hospedado na instituição para tratamento de radiologia e quimioterapia, o usuário disse que não sabia do TFD, o serviço social e setor de radiologia interviram mandando um email para o município que comprovava que o usuário estava em tratamento e necessitava de transporte, o transporte foi providenciado pelo município.

Houve outra situação de dois usuários com câncer de laringe e esôfago que moravam em área rural para pegar o transporte municipal de suas respectivas cidades para vir para Santa Maria saíam de casa às 05:00 hs da manhã e aguardavam na faixa o transporte, mas por descuido das secretarias municipais que não avisavam os motoristas acabavam deixando os usuários na faixa o que causava um transtorno ao usuário e familiar, pois ao chegar na

munícipio e procurar as secretárias de saúde, diziam ao usuário que não podiam fazer nada pois não tinham transporte, então usuário muitas vezes sem condições financeiras tinham por sua conta arranjar transporte, o que causava sofrimento e angustia no usuário que não podem perder as escalas do tratamento de quimioterapia e radiologia.

Teve a situação de um usuário com câncer de esôfago que estava muito debilitado com o tratamento e tinha que aguardar na faixa também o transporte, num período frio do inverno, e seguidamente o transporte os deixavam na faixa. Esposa do usuário procurou o serviço social da AAPECAN e do Hospital Universitário de Santa Maria que juntos intercederam juntos secretária do município para que esta situação não se repetisse.

Houve situações de muitas reclamações dos usuários e familiares quanto ao tratamento recebido em seus município pelos profissionais da Saúde, pois os profissionais da saúde não faziam atendimento como direito do cidadão, mas como caridade o que muitas vezes constringiam os usuários ao fazerem uso do direito ao tratamento do SUS. A importância dos profissionais da saúde trabalhar em rede para facilitar o acesso e a informação ao usuário do TFD, pois muitas vezes os brasileiros não sabem deste direito.

Conforme a Política Nacional de Humanização(PNH) lançado em 2003, com práticas e princípios do SUS no cotidiano do serviço de saúde, a PNH estimula a comunicação entre os profissionais da saúde, gestores, trabalhadores e usuários para construir o enfrentamento da doença, que muitas vezes produzem ações desumanizadas, que inibem a autonomia do usuário ao acessar serviço público de proteção social.

O HumanizaSUS aposta em inovações em saúde, como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos

cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.” (BRASIL, 2003).

O Serviço social profissão regida pela lei federal 8662/93 que estabelece suas competências e atribuições na defesa intransigente dos direitos humanos a recusa ao arbítrio e autoritarismo, o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito a diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados, e a discussão das diferenças, viabilizando direitos da população e seu acesso as políticas sociais como saúde, educação, previdência social, habitação, assistência social e cultura. A importância do serviço social trabalharem em rede para efetivação deste direito aos cidadãos conforme a política de informação

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Experiência de Estágio proporcionou a vivência da teoria conciliada com a prática feita pela acadêmica de Serviço Social da UFSM no Terceiro Setor, na Associação de Pessoas com Câncer- AAPECAN, no município de Santa Maria – RS.

A Vivência no campo de estágio foi construída com o objetivo da efetivação dos direitos sociais através das políticas sociais públicas com os usuários da AAPECAN, com um olhar crítico para os desafios do Assistente Social incluído Terceiro Setor, na Assistência Social e na Saúde. O que possibilitou identificar as demandas vivenciadas pelos usuários com neoplasia maligna, os desafios dos usuários ao acessarem as políticas públicas e sociais na perspectiva de direitos em não como benesses, a trajetórias dos usuários na busca de um tratamento mais humanizados pelo agentes de saúde conforme a Política de Humanização do SUS, o desafio da do profissional de aplicar a Política Nacional da Comunicação através deste movimento empoderar o usuário para a sua autonomia para exercer seus direitos de cidadão.

O Assistente Social inserido no Terceiro Setor enfrenta diversos desafios postos em relação, a efetivação dos direitos de proteção social nas políticas públicas para os usuários, dentre outras, mas a mais desafiante neste campo é expressa pela Questão Social, e o adoecimento do usuário e suas múltiplas expressões da Questão Social que intensificam e tem dimensões maiores nestes períodos de saúde/doença.

A partir do estágio curricular, percebeu que o Assistente Social inserido neste campo é essencial, por assegurar direitos direcionados no projeto ético-político numa instituição onde a intervenção é limitada, fragmentada e não continua, a inclusão social, a viabilização na garantia dos direitos sociais, em que os usuários sejam protagonistas ao acessar as redes institucionais legalmente asseguradas a todos cidadão brasileiro desde a constituição de 1988.

A trajetória na AAPECAN a partir da vivência no ambiente de uma instituição beneficente sem fins lucrativos, norteadas pela Política de Assistência Social que atende usuários em tratamentos de saúde, demonstra a importância de socializar informações sobre os direitos sociais num Estado ausente nas responsabilidades com a sociedade.

Os usuários dos serviços oferecidos pela AAPECAN, ao acessar os serviços oferecidos pela instituição, não é na perspectiva de direitos, pois a sociedade civil contribui na perspectiva de que os usuários possam acessar na perspectiva de direito não de gratidão, o que muitas vezes não fica claro aos usuários, pois isso o trabalho do assistente social vem norteado pelo Código de Ética e pela Lei de Regulamentação da Profissão, onde constam as atribuições e competências, dentre essas a de informar e socializar ao usuário dos seus direitos.

O acolhimento feito pelo Serviço Social aos usuários da instituição é, em uma sala em particular onde é planejada a intervenção conforme a demanda e a historicidade de vida daquele usuário. Foi a partir destas demandas trazidas, que se planejou um projeto de intervenção na instituição que objetivou levar informações sobre os benefícios das políticas sociais públicas.

Portanto, percebemos o quanto a inserção do Assistente Social para a garantia de direitos na área da assistência social e saúde, e como mediador entre a instituição e o usuário nas contradições das desigualdades sociais inerentes e emergentes de um Estado voltado para as forças capitalistas que direciona para a sociedade políticas fragmentadas com grandes lacunas, que faz com que cada vez mais a sociedade civil se responsabilize para amenizar as desigualdes sociais.

Nesse contexto, de contradição, é necessário a reflexão e problematização do exercício profissional numa instituição de Terceiro Setor, que cada vez mais se torna protagonista na sociedade e emprega Assistentes Sociais, neste território perigoso o profissional não pode perder a capacidade crítica da realidade, e não cair na armadilha da alienação, mesmo sendo trabalhador que vende sua força de trabalho, suas ações devem ser conduzidas pelo Código de Ética de 1993 e pela lei de regulamentação da profissão norteados no projeto ético-político.

O Assistente Social deve estar sempre em análise dialética numa sociedade que está em constantes mudanças, deve atuar na sociedade em várias esferas e buscar sempre a informação constante, exercer a cidadania atuar no controle social para emancipação e autonomia dos sujeitos socializando informações.

6. REFERÊNCIAS:

ABONG. Organização em Defesa dos Direitos E Bens Comuns Disponível em: <<<http://www.abong.org.br/ongs.php>>> Acesso em 08/06/2016.

BERENGER, M. M. Descentralização ou Desconcentração: AIS -SUDS –SUS. 1996. 79f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) — Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. 1996. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8090/000065512.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23/10/2016.

A Construção do SUS e a Importância dos Colegiados de Gestão Regional. Curitiba - PR, abril de 2009 disponível <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/I_EncontroCIBRS/Apresentacao_MinisteriodaSaude.pdf> acesso em 19/11/2016.

BRASIL. Benefício de Prestação Continuada. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Disponível em : <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/bpc>> acesso em 19/11/2016.

_____.Código de Ètica do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf acesso em 08/07/16.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

_____. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em : <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/631565004eb6925285e097f11fae00ee/13_social1.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em 31 de maio 2016

_____. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Afinar o som à medicina faz bem à saúde: A Terapia da Música. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/631565004eb6925285e097f11fae00ee/13_social1.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em 12 de Maio de 2016

_____.Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

_____.Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro DE 1993.Dispõe sobre a organização da Assistência Social edá outras providências.

_____.Lei Nº 9790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

_____.Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, que altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social Disponível em: << http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm>> acesso em 19/11/2016

_____.Lei Nº 13.019, De 31 De Julho De 2014, Define Diretrizes para Política De Fomento, De Colaboração e De Cooperação Com Organizações Da Sociedade Civil; e Altera as Leis 8.429, De 2 De Junho De 1992, e 9.790, De 23 DE Março De 1999. Disponível Em: <<RESREPUBLICA.JUSBRASIL.COM.BR/LEGISLACAO/130268082/LEI-13019-14>> ACESSO EM 07/06/2016.

_____.Lei nº 13.204, de 15 de dezembro de 2015, Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, “que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999”; altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, 9.790, de 23 de março de 1999, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.666, de 21 de junho de 1993; e revoga a Lei nº 91, de 28 de agosto de 193. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13204.htm>> acesso em 07/06/2016.

_____. NOB-SUAS (2012). Norma Operacional Básica. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social, SNAS. Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Brasília:2012

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf> Acesso em 30/05/2016.

_____. Ministério da Saúde (BR). Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Portaria nº 1820. De 13 de agosto de 2009. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.htm>> acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome- RESOLUÇÃO CNAS Nº 4, DE 13 DE MARÇO DE 2013.

_____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência Disponível em: à Saúde/NOAS-SUS 01/2002, Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://br/ucg/institutos/nepss/arg_doc/noas_sus2002.pdf> Acesso em: 29/05/2016.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <<<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>> aceso em 29/06/16

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Brasília – DF, 1993

_____. Ministério do Desenvolvimento Social de combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional da Assistência Social / PNAS - 2004. Brasília, novembro de 2005. entre a filantropia e a assistência social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília – DF, 2010. Disponível em: <<<http://www.mds.gov.br/falemd/assistencia-social>> Acessado em: 01-06-2016 23:30h.

_____. Ministério da Saúde (BR). Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Portaria nº 1820. De 13 de agosto de 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.htm>> acesso em: 10 de Maio de 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Diário Oficial da União, Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009, Brasília – DF, 2009. Disponível em: <<http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/Tipificacao_AS.pdf>> Acesso em 02-06-16.

_____. Política Nacional de Assistência Social - PNAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social, SNAS. Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Brasília: 2004.

_____. Política Nacional de comunicação cfess-cress - 3ª edição disponível em: <<<http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/3a-PoliticaComunicacaoCfessCress-2016.pdf>>> acesso em 31/05/2016.

_____. Política Nacional De Estágio Da Associação Brasileira De Ensino e Pesquisa Em Serviço Social – ABEPSS disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss_maio2010_corrigida.pdf>> acesso em 01-09-2016.

_____. Previdência Social Resolução Nº 258, DE 07 De Janeiro DE 1991. Disponível em: <<<http://farmahosp.blogspot.com.br/2010/11/politica-de-saude-nob-91-e-93.html>>> acesso em 23/10/2016.

_____. RESOLUÇÃO CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006 EMENTA: Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>> acesso em 09/06/2016.

CARDOSO. M. M. de F. Reflexões sobre instrumentais em Serviço Social: OBSERVAÇÃO Sensível, Entrevista, Relatório, Visitas e Teorias de Base no Processo de Intervenção Social- São Paulo: LCTE Editora, 2008.

COSTA, Selma Frossard. O Perfil da Gestão de Instituições da Rede Sócio Assistencial, de Confissão Evangélica, no Município de Londrina. Serviço Social em Revista, v. 08, n. 02, Londrina/PR: UEL, 2006.

COUTINHO, Joana A. GOMES, Ilse. Estado, movimentos sociais e ONGs na era do neoliberalismo. Artigo. Revista Espaço Acadêmico, Ano VIII, nº 89. Disponível em: http://www.espacoacademico.com.br/089/89gomes_coutinho.htm.] Acesso em: 09/06/2016

Dante, Max. Nunes.Rosilene (e outros) Programa Mobilização Social .Política de Trabalho em Rede. Março/2000. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/aprendiz/designsocial/travessia/politica_traba.htm>> acesso em 29/06/2016

FALEIROS, Vicente de Paula. Estratégias em Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários a prática educativa. 25.ed. São Paulo: 2002, p. 44.

IAMAMOTO, Marilda. Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008

_____. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional; 3ª edição; São Paulo, Cortez ,2000,2002, 2005,2014

_____. A questão social no capitalismo. In: Temporalis. Brasília: ABEPSS, Ano 2, n. 3, p. 9-32, 2001

_____. M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: , 2009.

IPEA, 2014- Participação das ONGs nas Políticas Públicas: o Ponto de Vista de Gestores Federais. <<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1949.pdf>> acesso em 08/06/2016.

YASBECK, Maria Carmelita. Globalização, precarização das relações de trabalho e Seguridade Social. Cadernos ABONG, n.º 19. Outubro de 1997

MARTINELLI, Maria Lúcia, KOUMROUYAN, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. Revista Serviço Social & Sociedade. N.º 54. São Paulo: Cortez, 1994.

MATOS, Maurílio Castro. Assessoria e Consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. Assessoria, Consultoria e Serviço Social. Rio de Janeiro: 7 Letras; FAPERJ, 2008

MESTRINER, M. L. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001

MONTAÑO, Carlos Eduardo. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002/2003.

MOTA, A. E. [et al.], (orgs). Serviço Social e Saúde formação e trabalho profissional 4. Ed. – São Paulo: Cortez<DF : OPAS, OMS, Ministério d Saude,2009

_____, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Unidade I: O significado sócio histórico das transformações da sociedade contemporânea. CFESS/ABEPSS: Brasília, 2009. p. 51-67.

MOURA, A. F. , Lima, M. G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa: um Instrumento Metodológico Possível. Disponível em: <<<https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=roda%20de%20conversa%20conceito>>> acesso em 15/05.

MOORE. Michael o filme SICKO - SOS Saúde – disponível em: <<

NETTO, J. P. Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

PASTORINI, Alejandra. A categoria “questão social” em debate. São Paulo, Cortez, 2010.

Política Nacional De Estágio Da Associação Brasileira De Ensino e Pesquisa Em Serviço Social – ABEPSS disponível em: <<
http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss_maio2010_corrigida.pdf>> acesso em 01-09-2016

PEREIRA, Bresser Luiz Carlos. **A Reforma do Estado dos Anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle.** São Paulo: Lua Nova n. 45, 1998.

RIOS, Izabel Cristina Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão -São Paulo : Áurea Editora, 2009.

SIMÕES, C. **Curso de direito de Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2008

SILVA V. M. O raio-x Do Terceiro Setor. TCC - Fundação Getulio Vargas Centro De Pesquisa e Documentação De História Contemporânea Do Brasil - CPDOC
Curso De Mestrado Profissionalizante Em Bens Culturais e Projetos Sociais Aprovado em 2008.

SPOSATI, A. O. (Coord.). **A Assistência Social no Brasil 1983-1990.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **A menina Loas: um processo de construção da assistência social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **A. Carvalho M.do C.B.;Fleury S.M.T. Os direitos (dos desassistidos) Sociais)** 7º ed.- São Paulo. Cortez.2012.

SOUZA, Charles Toniolo de: A Prática do Assistente Social: Conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional disponível: <<<http://pt.slideshare.net/joseweldson/prtica-do-assistente-social-conhecimento-instrumentalidade-e-interveno-profissional>>> acessado em 12/10/2016

ZAVALA R. IBGE Calcula Participação Econômica Do Terceiro Setor. Disponível Em: <<HTTP://WWW.PARCEIROSVOLUNTARIOS.ORG.BR/IBGE-CALCULA-PARTICIPACAO-ECONOMICA-DO-TERCEIRO-SETOR/>> ACESSO 19/11/2016.

Thiesena. R. D. **A Evolução Do Terceiro Setor Brasileiro e Sua Relação com o Estado.** Direito em Debate. a no X V I I n° 3 1, j an .- ju n. 2 00 9. <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/viewFile/644/365>> ACESSO EM 18/11/2016.

TORRES, I ,C. As primeiras-damas e a assistência social: relação de Gênero e poder- São Paulo, Cortez, 2002.

7. APÊNDICES

7.1 CARTILHA “VAMOS CONVERSAR SOBRE SOCIOASSISTENCIAIS?”

7.2 ORGANOGRAMA