

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

**A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA  
CASA MARIA: DESAFIOS NO TERCEIRO SETOR A  
PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Sidimar Ferreira Dutra**

**Santa Maria**

**2015**

**A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA CASA  
MARIA: DESAFIOS NO TERCEIRO SETOR A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE  
ESTÁGIO**

**Sidimar Ferreira Dutra**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS) como requisito parcial para  
obtenção do grau de

**Bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Me. Cassia Engres Mocelin**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

**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 AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA CASA  
MARIA: DESAFIOS NO TERCEIRO SETOR A PARTIR DA  
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

elaborado por

**Sidimar Ferreira Dutra**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Bacharel em Serviço Social**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Cassia Engres Mocelin, Me.**  
(Presidente/Orientadora)

**Cristina Kologeski Fraga, Dr<sup>a</sup>. (UFSM)**

Santa Maria, 01 de dezembro de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu tio Jorge Luiz Ferreira Rodrigues, que durante toda a minha trajetória de vida sempre foi o maior incentivador no que diz respeito a busca do conhecimento.

## **AGRADECIMENTOS**

Na conclusão dessa primeira etapa de estudos o meu agradecimento à UFSM pela oportunidade na expansão do ensino superior que possibilitou não só a mim como a muitas outras pessoas o acesso ao ensino superior.

Agradeço aos professores do Curso de Serviço Social pelo trabalho na consolidação deste e que colaboram cotidianamente na nossa formação e em especial a minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Me. Cassia Engres Mocelin, profissional ímpar, dedicada e comprometida com a nossa formação, foi durante esse período, incentivadora e grande colaboradora para esse processo de conclusão e também ao Prof. Me. Fábio Jardel Gaviraghi.

Agradeço a Assistente Social da Casa Maria Cristina Marian Lago, supervisora de estágio que acolheu a solicitação para a abertura do campo de estágio e durante o período contribuiu significativamente no processo de formação através de sua experiência e comprometimento com o fazer profissional.

Agradeço especialmente aos meus colegas, mas destaco a presença e o incentivo constante das colegas Daniele Simões, Michele Aguiete, Graciele Matos que sempre foram companheiras e presentes nas provas e trabalhos e não menos importante nos debates tão necessários para a problematização dos desafios que perpassam nossa jornada acadêmica e futuramente, a profissional e também a Jéssica Degrandi Soares pelo carinho e incentivo, principalmente nessa etapa final.

Agradeço ao meu marido Claudio que nas adversidades esteve sempre ao meu lado me apoiando para que o desânimo não se instalasse e a persistência fosse permanente e também a minha filha Fernanda pela contribuição no que diz respeito a construção do conhecimento, enfim agradeço a minha família.

## **RESUMO**

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

### **A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA CASA MARIA: DESAFIOS NO TERCEIRO SETOR A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

**AUTORA: SIDIMAR FERREIRA DUTRA**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> Me.CASSIA ENGRES MOCELIN**

**Data e local da Defesa: Santa Maria, 01 de dezembro de 2015.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso apresenta o fazer profissional do Assistente Social na Casa Maria Amparo Assistencial a Pessoas em Tratamento Oncológico, entidade sem fins lucrativos, que atende usuários da política de saúde, a partir da experiência de estágio realizado no período de setembro a dezembro/2014 e abril a junho/2015. Nesse processo a fragilização ou rompimento dos vínculos desses sujeitos foram uma realidade cotidiana face o enfrentamento do câncer. Nesse cenário foi planejado o Projeto de Intervenção Criando Laços o qual objetivou resgatar o pertencimento e a emancipação dos usuários em tratamento oncológico enquanto atores sociais e sujeitos de direitos. A realidade no campo de estágio despertou também para outra realidade, a expansão e fortalecimento do Terceiro Setor em um contexto de desresponsabilização Estatal em que demanda do profissional em Serviço Social, desafios que se estabelecem a partir de uma política pública fragmentada, focalizada e que ao incluir traduz o direito como bem-estar, sujeitando esse usuário numa lógica contraditória ao que a Constituição Federal prevê, onde a saúde é um direito universal e dever do Estado. Nesse cenário de disputa o Assistente Social deve contrapor a ideia do favor rumo ao direito. O projeto de intervenção Criando Laços demonstrou a complexidade do trabalho profissional, os dilemas e os desafios do Assistente Social em uma entidade sem fins lucrativos, um campo da assistência social que presta atendimento aos usuários da saúde. Uma realidade contemporânea, uma vez que as organizações não governamentais estão tomando conta das lacunas deixadas pelo Estado.

**Palavras chave:** Serviço Social – Fortalecimento de Vínculos – Terceiro Setor – Responsabilidade Estatal

## **ABSTRACT**

**Completion of course work  
Course of Social Service  
Federal University of Santa Maria**

### **ACTION PROFESSIONAL SOCIAL WORKER IN THE HOUSE MARIA: CHALLENGES IN THE THIRD SECTOR FROM THE STAGE EXPERIENCE**

**AUTHOR: Sidimar Ferreira Dutra  
GUIDANCE: Prof. Me.CASSIA ENGRES Mocelin  
Date and place of defense: Santa Maria, December 01, 2015.**

This work Completion of course features the professional do the social worker at Casa Maria Amparo Assistance to People in Oncological treatment, non-profit organization, which serves users of health policy, from the training experience in the period from September to December / 2014 and April to June / 2015. In this process the weakening or rupture of the ties of these subjects Soram face a daily reality facing cancer. In this scenario planned the Intervention Project Creating ties which aimed to rescue the belonging and empowerment of users in cancer treatment as social actors and subjects of rights. The reality on the training field also awakened to a different reality, the expansion and strengthening of the third sector in a disclaimer context State in which demand professional in Social Work, challenges that are established from a fragmented public policy, focused and to include the right translates as boon, subjecting this user a contradictory logic to what the Federal Constitution provides, where health is a universal right and duty of the State. In this scenario dispute the social worker should oppose the idea of favor towards the right. The intervention project Creating Ties demonstrated the complexity of professional work, the dilemmas and challenges of the social worker in a non-profit organization, a field of social assistance that provides service to users of health. A contemporary reality, since non-governmental organizations are taking care of the gaps left by the state.

Key words: Social Services - Strengthening the Links - Third Sector - State Responsibility

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 A TRAJETORIA DAS POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>11</b>
2.1 A Trajetória da Política de Assistência Social .....	11
2.2 A trajetória da Política de Saúde.....	19
<b>3 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O TERCEIRO SETOR.....</b>	<b>28</b>
3.1 Os rebatimentos da Reforma do Estado nos anos 90 no campo das políticas sociais: o surgimento das ONGs .....	28
<b>4 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO .....</b>	<b>33</b>
4.1 A Casa Maria e sua importância para os usuários da Oncologia .....	33
4.2 A ação profissional do Assistente Social na Casa Maria junto aos usuários em tratamento oncológico .....	37
4.3 Projeto de Intervenção.....	45
4.4 Avaliação .....	67
4.5 Os desafios profissionais do Assistente Social na efetivação de direitos sociais na Casa Maria .....	68
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>82</b>



# 1 INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso é uma exigência legal conforme normativa de TCC/UFSM e também de diretrizes da ABEPSS onde estabelece que o estágio supervisionado e o Trabalho de Conclusão de Curso devem ser desenvolvidos durante o processo de formação e o período letivo.

Este Trabalho de Conclusão origina-se a partir da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social que foi realizado na Casa Maria no período de Setembro à Dezembro de 2014 e de Abril à Junho de 2015.

A partir das inquietações do estágio, uma vez que a responsabilidade sobre esses usuários deveria ser da esfera pública, objetivou-se escrever sobre a ação do Assistente Social na Casa Maria e os seus desafios profissionais diante do Terceiro Setor.

Será tratado o papel da Casa Maria, entidade assistencial regulada pela Política Nacional de Assistência Social no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, onde serão trazidas as duas linhas para a análise e discussão pertinentes à realidade econômica, cultural e social da população, onde o desafio atual é buscar desvendar mecanismos que garantam os direitos sociais em espaços como o Terceiro Setor.

O tema escolhido se justifica para que possamos discutir o papel da entidade assistencial, a política pública enquanto direito social que embora os avanços constitucionais, o poder público permanece transferindo suas responsabilidades ao Terceiro Setor.

Uma vez estabelecida a garantia do mínimo social aos usuários das políticas de assistência e de saúde, é necessário uma maior discussão no que tange a gestão, às transferências de recursos pelo Fundo Nacional de Assistência Social, a garantia de seu espaço nos conselhos, o exercício de suas funções na construção de proposições por um efetivo cumprimento da assistência como um direito proporcionando a seus usuários a possibilidade de ultrapassarem a barreira do favor rumo ao pertencimento<sup>1</sup> e emancipação.

Debater a conexão, Estado e sociedade civil é verificar a proximidade do processo constitutivo do voluntariado e da solidariedade e a sociedade civil, pois o

---

<sup>1</sup>Na concepção de Bulla (2007, p.180), o sentimento de pertencer empodera os indivíduos contribuindo para o sucesso nos projetos coletivos e para a sua participação mais ampla vida social.

Terceiro Setor estabelece uma relação tênue entre o voluntário, a solidariedade e a sociedade civil.

Quando discutimos as entidades assistenciais, filantrópicas ou ONGs, não podemos deixar de ressaltar que elas trazem a lógica da transferência de responsabilidade do Estado, deixando de reconhecer os direitos sociais conquistados através da história. Entretanto, estabelecidas pela contradição, essas entidades também desempenham um papel de interesse público necessário para o enfrentamento da questão social.

Nessa mesma discussão o Serviço Social se estabelece cada vez mais, tendo o profissional um papel fundamental, atuante, propositivo e comprometido, trabalhando na constante busca para que os princípios constitucionais sejam obedecidos, planejando a execução das políticas, formulando e reformulando conceitos que o desafiam cotidianamente nessa perspectiva de isenção do poder público nas suas responsabilidades com a população usuária.

O TCC está organizado em 04 capítulos, sendo que no primeiro capítulo consta desta Introdução, no segundo capítulo será discutida a Trajetória das Políticas Sociais no Brasil, destacando a política de Assistência Social e de Saúde, no terceiro capítulo Algumas reflexões sobre o Terceiro Setor, concluindo com o quarto capítulo onde abordaremos a Experiência de Estágio. Por fim as Considerações Finais que trazem a experiência de estágio e reflexões sobre este campo e seus desafios.

## **2 A TRAJETORIA DAS POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE NO BRASIL**

O Brasil é um país subdesenvolvido e industrializado, mas que caminha lado a lado com um capitalismo moderno com concentração de renda que produz e reproduz de forma desumana as desigualdades sociais (SPOSATI, 1985).

Para tanto, institui políticas sociais e cria organismos responsáveis pela prestação de serviços destinados aos trabalhadores identificados como pobres carentes e desamparados.

No Brasil o processo de pauperização e exploração dos trabalhadores se deram dentre outras formas através de um regime autoritário e excludente, imprimindo nos sujeitos reiteradamente uma reprodução de subalternidade fazendo com que este se mantenha excluído da sociedade enquanto sujeito de direito.

As políticas públicas se estabelecem através da Constituição Federal de 1988 onde o Estado assume a responsabilidade de minimizar as desigualdades sociais através de um conjunto de leis e ações (políticas sociais) que objetivam a cidadania e a inclusão dos sujeitos oriundos de um sistema de pauperização e tidos como marginalizados em um sistema onde a pobreza era tida como doença.

Conforme Hofling (2001, p. 31)

políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico.

### **2.1 A Trajetória da Política de Assistência Social**

A assistência ao próximo é prática antiga no seio da humanidade. Ser solidário diante daqueles que nada ou muito pouco possuem como os doentes, fragilizados, incapazes se colocam de diversos aspectos dentro das normas das sociedades em geral. No decorrer do tempo comunidades beneficentes e religiosas foram atuando na ajuda ao outro.

A ajuda sempre foi guiada pela ideia de que entre os seres humanos sempre teremos os mais frágeis, carentes, doentes que jamais terão a condição de reverter a sua realidade.

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.

Conforme Sposati, (2004, p. 60):

com a expansão do capital e a pauperização da força de trabalho, a assistência irá sendo apropriada pelo Estado sob duas formas: uma que se insinua como privilegiada para enfrentar politicamente a questão social; outra para dar conta de condições agudizadas de pauperização da força do trabalho. O Estado historicamente se apropria não só da prática assistencial como expressão de benemerência com também catalisa e direciona os esforços de sociedade civil.

No Brasil, até 1930 a pobreza não era tida como expressão da questão social, esta quando se apresentava era tida como caso de polícia e resolvida através de órgãos repressores. O pobre era tido como marginal, ou seja, existia às margens da sociedade, era uma disfunção do indivíduo.

Nessa época, eram competentes para cuidar desses casos as instituições ligadas às religiões, conhecidas por organismos de solidariedade, onde os sujeitos eram asilados ou internados, pois muitos eram tidos, conforme Sposati (2004, p. 61), como portadores de “disfunção pessoal”.

De acordo com o entendimento desse período histórico, essa conduta era perfeitamente coerente, os pobres eram grupos especiais, indivíduos excluídos da sociedade ou doentes. Era um momento de entrelaçamento da assistência social com a saúde caracterizada por “ajuda médico-social”. Esse contexto terá seu reflexo na construção da prestação de serviços assistenciais que demonstrarão as duas formas: assistência à saúde e assistência social, o que fica demonstrado no resgate histórico desses órgãos que eram segmentos únicos.

Dentro desse sistema de solidariedade o entendimento de assistência social era o de caridade e solidariedade para com o indivíduo.

Passo a passo o Estado passa a visualizar a questão social como uma questão política; a assistência começa a tomar forma como “esfera programática da ação governamental para a prestação de serviços, como mecanismo político para amortecimento de tensões sociais” (SPOSATI, 2004, p. 62).

Em 1938 foi instalado o CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social, composto por pessoas de renome da sociedade relacionada à filantropia e ficou sob a sua responsabilidade quais as entidades seriam atendidas bem como os critérios para esse atendimento.

Em 1942 é criada a LBA – Legião Brasileira de Assistência, ela nasce no período pós-guerra com uma marcante presença da mulher além do patriotismo, representada pela primeira dama Darcy Vargas, elegendo assim o primeiro-damismo, ou seja, passando a assegurar às senhoras primeiras-damas da República a sua presidência, nesse contexto deveriam estender a assistência social às famílias em caso de ocorrências calamitosas e de urgência. Para auxiliar em suas tarefas nesse sentido há uma aproximação entre LBA e o Serviço Social, pois, esta necessitava de serviço especializado e de pesquisa nas áreas sociais e na contrapartida o Serviço Social se firmava enquanto profissão.

Em 1969 a LBA se vincula ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social, tendo o seu mecanismo ampliado passando a ter novos programas e projetos.

No ano de 1974 o então presidente Ernesto Geisel, em 1º maio, cria MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social – trazendo em seu núcleo uma Secretaria de Assistência Social, sendo esse o órgão chave na idealização de uma política de enfrentamento da pobreza. Há uma ampliação nos programas sociais onde podemos citar: a alfabetização pelo Mobral, o BNH – Banco Nacional da Habitação com casas populares e a complementação alimentar – PRONAM entre outros.

Mesmo com alguns avanços ainda havia a necessidade de um movimento para que tivéssemos um enfrentamento mais amplo e definido de assistência aos sujeitos que viviam na pobreza, sem perspectivas de inserção no mercado de trabalho além de sua condição de excluído da sociedade.

A Assistência Social foi regulada através de mobilização e também pela representação de inovação na área social, inicia-se assim um grande debate para que na Constituição Federal tivéssemos assegurada uma Política Pública de Assistência Social.

A sociedade, os movimentos sociais e os trabalhadores pressionaram de forma contundente a constituinte de 1986 que deu origem à Constituição Federal de 1988, aprovada em 05 de outubro, trazendo um novo conceito para a Assistência Social colocando-a na esfera da Seguridade Social:

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 (BRASIL, 2003, p.93).

Sobre a política de Assistência Social, a Constituição Federal traz nos seus artigos 203 e 204 a garantia dos direitos, 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 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.

Conforme Sposati (2004, p. 12) a Carta Magna deixa explícito que o conceito de “(...) população beneficiária como marginal ou carente, o que seria vitimá-la, pois suas necessidades advêm da estrutura social e não do caráter pessoal”, sendo assim o público-alvo são aqueles que vivem em vulnerabilidade ou risco social<sup>2</sup>.

A Assistência Social foi prejudicada em virtude do atraso na formulação das propostas que foram postas pelas universidades para um amplo debate com o objetivo de trazer dados para criar a sua lei orgânica. Ao contrário do que aconteceu com a Saúde, que avançou e foi definida a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

---

<sup>2</sup>A PNAS definiu como público-alvo da Assistência Social a população designada com em “vulnerabilidade social” ou “risco social”. Ela entende vulnerabilidade social como condição desfavorável, situação de exclusão ou ainda como “processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação, desvantagem e exclusão social, econômica e cultural” (PNAS/2004, p. 6). A definição de risco social é a “dimensão subjetiva na qual os indivíduos contrabalançam as condições de vulnerabilidade e suas possibilidades e capacidades de enfrentá-las [...]” (PNAS/2004, p. 7). Essa definição dos usuários da Assistência Social mostra uma indefinição teórica sobre o que vem a ser população em vulnerabilidade e risco social, uma vez que o fato de somente se dispor da força de trabalho para vender já expõe o profissional à condição de vulnerabilidade social. Vale destacar ainda que, ao colocar a demanda do sujeito em risco ou vulnerabilidade social, desloca-se essa demanda das necessidades sociais e coletivas.

A Conferência Nacional de Assistência Social realizada em junho de 1993 aconteceu a partir de iniciativa do Ministério de Bem-Estar Social<sup>3</sup> onde foram realizados encontros regionais para que a Lei Orgânica da Assistência Social fosse amplamente discutida. Na ocasião foi apresentado pelo executivo um novo projeto de lei diferente daquele que vinha sendo debatido, sofrendo forte oposição das entidades e daqueles especialistas. Na plenária foi reconstruído o projeto, discutindo individualmente cada um dos artigos ficando essa conferência conhecida como Conferência Zero da Assistência Social. Posteriormente o projeto foi encaminhado para o Congresso Nacional e em 07 de dezembro de 1993 o então presidente Itamar Franco sancionou a Lei Orgânica da Assistência Social.

A LOAS traz o seguinte significado para a Assistência Social:

Política pública de seguridade, direito do cidadão e dever do Estado, prevendo-lhe um sistema de gestão descentralizado e participativo, cujo eixo é posto na criação do CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social (MESTRINER, 2001, p. 206).

A trajetória histórica da Política de Assistência Social não finda com a LOAS, ela insere um novo cenário institucional onde traz como proposta uma mudança em sua estrutura e em seus conceitos, novas práticas e novas relações entre as instituições e o governo, confirmando assim “possibilidade de reconhecimento público e legitimidade das demandas de seus usuários e serviços de ampliação de seu protagonismo” (YASBEK, 2004, p.13).

A Constituição de 1988 foi um marco na década, onde a sociedade brasileira tem a sua história demarcada pela consolidação dos direitos dos cidadãos. A Constituição Cidadã, como também é conhecida, pois carrega em si a lógica do direito. Mesmo assim, após a sua promulgação o Estado inicia sua reforma em 1990 adentrando em um período de privatizações, terceirizações e alianças público-privadas, o neoliberalismo avançava trazendo em suas ações consequências que se refletem até os dias atuais.

O Estado passa a eximir-se de suas responsabilidades sociais transferindo-as para a sociedade civil, entidades sem fins lucrativos. A consolidação da LOAS se depara com questões políticas e econômicas.

Após a promulgação da LOAS, a avaliação da Assistência Social define-se:

---

<sup>3</sup>A Lei 8490/92 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências, constitui em seu cap. III, art. 20 Da transformação, Criação e Transferência de Órgãos e Cargos, a transformação do MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social em Ministérios de Bem-Estar Social.

[...] plena de ambiguidades e de profundos paradoxos. Pois se, por um lado, os avanços constitucionais apontam para o reconhecimento de direitos e permitem trazer para a esfera pública a questão da pobreza e da exclusão, transformando constitucionalmente essa política social em campo de exercício de participação política, por outro, a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais, coloca em andamento processos articuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos públicos no campo social, sob forte pressão do interesse financeiros internacionais (YASBEK, 2004, p. 24).

Em 1995 foi extinta a LBA pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, a sua extinção se deu sem nenhum planejamento, sendo que todo o conhecido adquirido durante anos de trabalho deixou de ser aproveitado.

No ano de 1996 iniciou-se a “estadualização da assistência social” (NOBRH, 2012, p. 9) com vestígios de antigas práticas da extinta LBA, os convênios antes garantidos pela LBA passam a ser responsabilidade do Estado. Mesmo assim, embora um período de imensos problemas também foram de mudanças, sendo abandonada a rede de Serviços de Ação Continuada – SAC, que atendia, creches, asilos, abrigos e centros de reabilitação, partindo para novos caminhos de proteção social.

Em 1997 foi aprovada a primeira Norma Operacional Básica trazendo um sistema descentralizado e participativo da política de Assistência Social e em 1998 define-se o primeiro texto da Política Nacional de Assistência Social, conforme conceitua o Ministério de Desenvolvimento Social:

Ampliou a regulação da Política Nacional de 1998 e seu projeto de reforma do âmbito da Assistência Social, de acordo com as concepções norteadoras que definiram as diretrizes básicas para a sua consecução. Também, conceituou e definiu estratégias, princípios e diretrizes para operacionalizar a Política Nacional de Assistência Social de 1998;  
Explicitou a diferenciação quanto ao financiamento dos serviços, programas e projetos;  
O recurso financeiro seria repassado de forma regular e automática, a partir da transferência do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais, do distrito Federal e Municipais;  
Ampliou as atribuições dos Conselhos de Assistência Social propondo a criação de espaços de negociação e pactuação, de caráter permanente, para discussão quanto aos aspectos operacionais da gestão do sistema descentralizado e participativo da Assistência Social (NOB/SUAS, 2005, p.13).

Em 1999 a III Conferência Nacional de Assistência Social não foi convocada deixando os movimentos defensores da consolidação de uma Política de Assistência, descontentes com o governo. Somente em 2001 foi retomada a III Conferência em um cenário que evidenciava estar cada vez presente a luta pelo fim da caridade e do assistencialismo, buscando fazer da assistência social um direito.



As lutas desse período foram disputadas sendo, “aparentemente” sanadas com o Projeto de Lei SUAS em 2008.

Entre os anos de 1999 e 2002 a Secretaria de Estado da Assistência Social – SEAS que possuía posição de ministério, atendendo orientações do governo unificou as transferências de renda, estabelecendo o CadÚnico<sup>4</sup>.

Em 2003, novo governo, foi instituído o Ministério da Assistência e Promoção Social, ações antes definidas e em andamento com resultados positivos foram desmembrados simplesmente por se tratar de projetos do governo anterior. Não havia nesse período uma equipe capacitada que mantivesse as discussões em consonância com o que estava estabelecido na Constituição e na LOAS, causando uma preocupação com o SUAS que estava sendo idealizado, trazendo apreensão ao Conselho Nacional de Assistência Social.

Em 2003 em meio a um momento conturbado nesse setor, no mês de dezembro, realizou-se a IV Conferência Nacional de Assistência Social, surgindo então o SUAS, a partir de uma luta extensa e integrada.

Em 2004 foi aprovada uma nova Política Nacional de Assistência Social para a implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, a partir desse momento se verifica a necessidade de uma política unificada, sendo assim instituído o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS.

Em sua criação, o MDS unificou os programas sociais que estavam distribuídos entre vários ministérios e buscou uma equipe qualificada de profissionais que defendiam a Política de Assistência Social.

Na implementação do SUAS podemos fazer um recorte destacando a informação, o monitoramento e avaliação considerando que "as novas tecnologias da informação e a ampliação das possibilidades de comunicação contemporânea" (PNAS, 2004, p.14) além de possuírem um cunho "técnico e político" são estratégicos para uma nova forma de conceber a informação, monitoramento e avaliação. Nesse sentido

---

<sup>4</sup>O Cadastro único para Programas Sociais do Governo Federal é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. Nele são registradas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras. O cadastro está regulamentado pelo Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007.

essa concepção é de suma importância para que o pensamento do favor e da caridade que estão arraigados culturalmente no âmbito da assistência social, deve ser suplantado através de novas formas organizadas para que sejam definitivamente deixadas no pretérito. Conforme ainda o Ministério de Desenvolvimento Social:

Esta nova qualidade precisa favorecer um nível maior de precisão, tanto no que tange ao conhecimento dos componentes que a geram, e que precisam ser conhecidos abundantemente, como aos dados e as consequências que política produz. Isto vai incidir em outras condições para a sua ação, no estabelecimento de escopos ampliados, e contribuir para uma outra mensagem de seus resultados, visando o aprimoramento e a sintonia da política com o direito social. Trata-se de pensar políticas de monitoramento e avaliação como táticas de ampliação e de fortificação do campo assistencial (PNAS, 2004, p. 14).

Em 2005 foi editada a Norma Operacional Básica com a definição das bases para implementar o Sistema Único de Assistência Social.

A implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS foi assumida por todos os entes federados dentro de um Plano de Estratégias e Metas Decenais definidos na Conferência Nacional de Assistência Social em 2005 apontando para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB/RH, sendo aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS em 2006.

Em 2007 acontece a VI Conferência Nacional de Assistência Social com debates intensos colocando o Estado como responsável pela proteção social em todas as suas estruturas, desde o seu delineamento até a sua condução.

Em 2008 o Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS enfrentava uma crise, sendo que esse momento conturbado serviu de propulsor para avançarmos em duas importantes ações: Projeto de Lei de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social – PL CEBAS e o Projeto de Lei do Sistema Único de Assistência Social – PL SUAS.

Em 2009 um marco na história, a VII Conferência Nacional de Assistência Social abria suas portas para a participação dos usuários.

Também no ano de 2009 no dia 11 de novembro o Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, sendo estruturada por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

Ficam assim definidos os instrumentos reguladores da Política de Assistência Social: Constituição Federativa do Brasil/88, LOAS/93, PNAS/2004, NOB/SUAS/2005 e a NOB/RH/SUAS/2006.

Nesse âmbito temos um conjunto de instrumentos compostos por leis, políticas e normas que estabelecem os direitos da população que necessita acessar a política de Assistência Social. O Brasil ao instaurá-la como política de seguridade social, conforme Boschetti (2003, p. 77):

passa a reconhecer a assistência como uma parte de um sistema mais amplo de proteção social, de modo que sua articulação com as demais políticas torna-se obrigatória e indispensável, sendo condicionada, mas também condicionando as políticas sociais governamentais.

Considerando as propriedades históricas que assinalaram a assistência social podemos verificar o desafio na implementação de suas mudanças entre elas estão a fragmentação, o clientelismo, o controle social e a participação da população na esfera público-privada quando falamos de entidades assistenciais que recebem recursos públicos para atender a população usuária.

Essas questões inquietam os profissionais e os segmentos de controle social, uma vez que a gestão deve ser transparente e participativa, principalmente no que diz respeito à participação dos usuários, pois ter direito não significa garantia de acesso bem como de sua efetivação. A população usuária ainda necessita da intervenção de profissionais e serviços que encaminhem e articulem suas demandas com a política pública.

A Assistência Social tratada na condição de direito social e conseqüentemente um dever do Estado estabeleceu um avanço primordial à cidadania, mesmo assim esse reconhecer como direito, faz permanecer a diferença entre capazes e incapazes, que fundamentou durante décadas as privações dos sujeitos.

## **2.2 A trajetória da Política de Saúde**

No Brasil o Estado inicia sua intervenção na política de saúde pública no Século XX, a partir da década de 30 com o surgimento do processo de industrialização, da redefinição do papel do Estado, do surgimento das políticas sociais bem como outras reivindicações dos trabalhadores.

Surgem as políticas sociais nacionais, sendo que a questão social – Saúde – precisava tornar-se questão política, com intervenção estatal especialmente em relação aos assalariados urbanos, sujeitos sociais importantes no cenário político em face a nova dinâmica de acumulação.

As principais alternativas para saúde pública de 1930 a 1940 foram: ênfase nas campanhas sanitárias; em 1937 - Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação dos serviços de combate as endemias –Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; serviço de Malária do Nordeste, 1939; serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940 – financiados pela Fundação Rockefeller de origem norte-americana; reorganização do 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.

Nos anos de 1930 a 1940 o modelo de previdência foi contencionista, preocupava-se mais em acumular do que prestar serviço, diferenciou assistência social e previdência, foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas médico-hospitalares e farmacêuticas, intervenção do Estado e previdência por categoria.

Entre os anos de 1945 e 1950 a Política Nacional de Saúde se consolida sendo criada durante a Segunda Guerra Mundial O Serviço Especial de Saúde Pública – SESP -, a estrutura do atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação de empresas médicas.

Para Bravo (2007, p. 91)

em face da “questão social”<sup>5</sup> no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

---

<sup>5</sup>Conforme os autores Carvalho e Iamamoto (1983, P.77) Questão Social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado, é manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia a qual passa exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Em 1966 acontece a unificação dos IAPs<sup>6</sup> e a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social reunindo as contribuições previdenciárias: aposentadorias, pensões e assistências médicas do Brasil, além de estabelecer linhas de crédito para a construção de hospitais privados; a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública como na Previdência Social. O setor da saúde precisava assumir as características capitalistas com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior.

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização.

As formas para a concretização dessa lógica de funcionamento era o financiamento para a construção de hospitais – 75% dos recursos para a iniciativa privada, entre estes mais de 80% continham em sua razão social “fins lucrativos”, além de superfaturamento e inexistência de mecanismos de controle e avaliação (Aula Expositiva da disciplina Seguridade II: Saúde - Prof. Fábio Gaviraghi - CESH/UFMS)

Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS – com ação voltada para o atendimento médico assistencial individualizado, no mesmo ano é criado PPA – Plano de Pronta Ação, o ambulatório passa a ser também um local de acumulação de capital.

Em 1975 é documentada a criação do Sistema Nacional de Saúde que tinha como objetivo organizar o “campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (POLIGNANO, 2012, p. 16)”.

Nesse documento de criação do Sistema Nacional de Saúde fica explícito e oficializado que existe uma linha curativa e outra preventiva no que tange a saúde, sendo que estava então determinado que o curativo era competência do Ministério da Previdência e o preventivo do Ministério da Saúde.

Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS além da criação do INAMPS que passa a controlar, financiar e produzir ações de saúde. .

---

<sup>6</sup>A Lei nº 4.682, de 24.01.1923, conhecida como a Lei Elói Chaves criava a Caixa de Aposentadorias e Pensões para os funcionários. Em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio passando a fiscalizar, ordenar e controlar as ações junto à força de trabalho. Foi criado então o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) em junho 1933, dos Comerciais (IAPC) e Bancários (IAPB) em 1934 e dos Industriários (IAPI) em 1936 (Sposati, 1985, p. 42).

Na década de 80 a Política de Saúde constrói o projeto da Reforma Sanitária fazendo com que a saúde deixe de ser interesse somente dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente ligada a democracia.

Nessa conjuntura de transição ditatorial para democracia estavam presentes profissionais da saúde que ultrapassavam seu corporativismo, movimentos sanitários, partidos políticos de oposição e movimentos sociais. .

Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi o ato marcante e fundamental para o debate da questão Saúde Pública no Brasil, que aconteceu em Brasília. A conferência trouxe as temáticas: A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento Setorial.

A constituinte e a promulgação da Constituição em 1988 trouxeram os direitos sociais diante da crise e das demandas para que fossem confrontadas as desigualdades sociais.

Os principais aspectos dos avanços constitucionais para a saúde pública, conforme Teixeira (1989, p. 50-51) foram:

- o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- as ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- constituição do Sistema único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Conforme Bravo (2011, p. 12), no final da década de 80, já havia algumas incertezas com relação à implementação do Projeto da Reforma Sanitária cabendo destacar:

a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais da saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar direção ao setor a partir 1988.

A consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado tem como base o modelo gerencial trazendo como características principais a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.

Em 1990 o SUS foi regulamentado através da Lei 8080/90, definindo seus objetivos, competências e suas atribuições; princípios e diretrizes: organização, direção e gestão. Criou também o subsistema de atenção à saúde indígena; regulou a prestação de serviços privados de assistência à saúde; definiu políticas de recursos humanos; financiamento; gestão financeira; planejamento e orçamento.

Também em 1990 entra em vigor a Lei 8142 estabelecendo a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, criando a Conferência e Conselho de Saúde, onde a conferência deve ser realizada cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais propondo diretrizes para a formulação da política e o Conselho de Saúde com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários.

No mesmo ano o governo neoliberal instalado com propostas de privatizações e Estado mínimo, houve contenção de gastos em todos os setores do governo, mesmo assim, as Normas Operacionais Básicas – NOB, passam a ser publicadas. As Normas Operacionais Básicas, “são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros para os estados e municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social (POLIGNANO, 2012, p. 26)”.

Em 1991, a resolução nº 258 de 07 de janeiro aprovou a Norma Operacional Básica/SUS nº 1/91 que tratava de nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde.

Em 1993 devido a consolidação do SUS o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS é extinto.

Em 1995 muda o governo seguindo os mesmos rumos do anterior com a manutenção e intensificação do sistema neoliberal e com intuito de reduzir o Estado, se agrava a crise nos serviços de saúde, onde o governo não consegue cumprir com o pagamento dos serviços prestados em saúde.

Em 1996 o governo edita a NOB/SUS, trazendo grandes avanços no que tange a administração do SUS, destaque nesse caso para a consolidação da municipalização, tendo, a partir de sua edição duas formas: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

No que refere as dificuldades no setor, a alternativa encontrada pelo governo para enfrentar a crise instalada na saúde foi a criação da CPMF, passando a vigorar no ano de 1997.

No mesmo ano de 1997 o caos se instala e o financiamento do SUS entra em crise, agrava o funcionamento do sistema afetando o atendimento hospitalar, dentre eles os filantrópicos que passam a criar planos de saúde próprios e os Hospitais Universitários, excelência no atendimento SUS, entram em crise.

O atendimento nos Hospitais Universitários passam a ser reduzidos, atendendo determinações do governo que direcionava para a privatização a solução dos problemas instalados em razão da falta de recursos.

Em 1998 foi regulamentada a Lei 9656/98 que trata sobre os planos e seguros de saúde privados, uma medida aprovada pelo congresso nacional que de um lado regula os abusos cometidos pelas empresas e por outro torna oficial um sistema excludente.

Em 2001 aprovou a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS que ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica através da elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo Gestor Estadual, ao ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, deve conter: a) divisão do território estadual em regiões e microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de ofertas de serviços e de acessibilidade; b) diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção; c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que dêem conta do primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica; d) fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal; e) o Plano Diretor de investimentos, que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção.

A NOAS/SUS 2001 destaca também que o Plano Diretor deve ser construído a partir das necessidades da população usuária, garantindo o acesso mais próximo possível de sua residência. Dentre esses serviços estão: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI<sup>7</sup> para todas as faixas etárias; ações de

---

<sup>7</sup>O Objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa de avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de



promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento de intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle de doenças bucais mais comuns; suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica. (BRASIL, 2001).

No resgate da trajetória da saúde pública no Brasil podemos perceber os avanços que houveram em prol dos usuários a partir da Carta Magna de 88, onde a saúde se coloca com um direito, porém ainda temos grandes desafios no enfrentamento da desigualdade e na efetivação do direito.

Em razão do espaço de tempo ainda pequeno da transição democrática, ou seja, o usuário das políticas ainda não consegue perceber-se como um cidadão de direito, vivendo ainda a cultura do favor. Não podemos deixar de enfatizar que a saúde é para todos e a assistência para quem dela precisar, é um dever do Estado. Na política pública de saúde o Estado tem, como determinação constitucional legal, o dever de garantir para a sua população políticas públicas que garantam a promoção, prevenção e recuperação de sua saúde.

#### A Constituição Federal garante no capítulo II - seção II – da Saúde:

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.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

---

tempo, em uma área geográfica. Por outro lado possibilita também o controle de estoque de imunos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Mesmo percebendo os avanços no campo da saúde existe um número significativo de sujeitos que estão à margem dos cuidados básicos de saúde, nesse quadro atual o Assistente Social compõe a equipe profissional habilitada para trabalhar com os fatores sociais que afetam a saúde das populações. O profissional em Serviço Social desenvolve o seu processo de trabalho sempre procurando entender as questões apresentadas como uma consequência das relações humanas observando a sua totalidade e historicidade.

O direito a saúde é parte de um conjunto de direitos sociais que tem por objetivo a igualdade entre os sujeitos, nessa perspectiva o Assistente Social se insere fazendo a diferença na busca pela garantia do acesso à Saúde e à Assistência Social como um direito social e na visão da intersetorialidade, conforme ressalta lamamoto (2013, p. 63):

[...] o assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais.

Resgatando a trajetória da Saúde Pública no Brasil e da Assistência Social, podemos perceber os avanços que houve em prol dos usuários a partir da Carta Magna de 88, onde a saúde e a assistência passam a existir como um direito, porém ainda temos grandes desafios no enfrentamento da desigualdade bem como na sua efetivação.

Ressalto que para o desenvolvimento humano são necessárias oportunidades e condições básicas como saúde, educação, transporte, moradia, etc. A oportunidade e

o acesso aos direitos sociais básicos tornam-se essencial para o progresso social dos sujeitos.

### **3 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O TERCEIRO SETOR**

Pensar o Terceiro Setor e o Estado que transfere as suas responsabilidades perpassa pelas discussões na academia e pela prática no campo de estágio.

Debates e reflexões sobre o tema se justificam a partir da lógica que como futuros profissionais temos o dever de nos inserir nos espaços de luta que objetivam a metamorfose dessa sociedade subalterna ao regime neoliberal que cotidianamente tem vivido a “ameaça” do retrocesso em tempo quase que integral.

O nosso país avançou muito em garantias sociais, criando as políticas sociais que regulamentam aquilo que a Constituição Federal prevê, entretanto estamos vivendo um tempo de renascimento ou de ressurgimento de ações conservadoras que colocam as conquistas alcançadas, através de movimentos sociais, classe trabalhadora, sociedade em geral, em risco através de um congresso nacional, em sua maioria, conservador, paternalista e retrógrado.

A reflexão se faz necessária para que estratégias sejam compostas, para que a proposição que a nossa profissão elucida permaneça latente e não esmoreça, para tanto o Projeto Ético Político do Serviço Social deve ser o norteador de ações e mobilizações, e visto como instrumento de resistência frente ao capital.

Nesse cenário adentramos as reflexões sobre o Terceiro Setor, que repetidamente traz a lógica da transferência da responsabilidade do Estado para a sociedade civil organizada.

A Reforma do Estado na década de 90 inicia fortalecendo as privatizações, precarizando o trabalho, fortalecendo o neoliberalismo e fomentando o estabelecimento das ONGs como substitutas da ação estatal.

#### **3.1 Os rebatimentos da Reforma do Estado nos anos 90 no campo das políticas sociais: o surgimento das ONGs**

Devido à fragilidade de políticas públicas que não se efetivaram após a Constituição Federal de 1988, surge a justificativa do pensamento neoliberal pela solidariedade social dando acesso ao Terceiro Setor no preenchimento de lacunas deixadas pelo Estado, cada vez menor para os direitos sociais.

Três são os setores em nossa na sociedade: o primeiro setor, representado pelo Estado, cumprindo este uma função administrativa dos bens públicos correspondendo

assim, às ações públicas, tanto no âmbito Municipal, Estadual bem como Federal; o segundo setor, representado pelo mercado, ocupado pelas empresas privadas com fins lucrativos; e por fim o Terceiro Setor, sendo denominadas Organizações não Governamentais (ONGs), Organizações Sem Fins Lucrativos (OSFL), Organizações da Sociedade Civil (OSC), entidades de direito privado, etc.

Na década de 70/80 foram criadas as ONGs, através dos movimentos sociais com o objetivo de substituir o Estado em suas responsabilidades sociais, sendo que na década de 80 os movimentos sociais entraram em crise com a retirada do financiamento internacional e o ressurgimento dos sindicatos, com isso as militâncias se introduzem nas ONGs, temos nesse cenário uma mudança do militante antigo de esquerda pelo militante do Terceiro Setor, gerando um crescimento significativo dessas organizações.

No Brasil, o termo surge através da Fundação Roberto Marinho, sendo apresentado ao mundo por meio de empresas e intelectuais ligados à burguesia, o que faz com que reflitamos o porquê deste empenho em desenvolver ações institucionais voltadas para a (re) filantropização no trato da questão social.

O Terceiro Setor se constitui num campo marcado por uma diversidade de atores e formas de organização, lembrando que nos anos 90, no Brasil esse segmento teve uma maior visibilidade na mídia e no espaço político, passando a ganhar expressão à discussão sobre sua regulamentação, surgindo em 23 de março de 1999 a Lei nº 9.790<sup>8</sup>, com o decreto nº 3.100, de junho de 1999, esta lei qualificou as organizações do Terceiro Setor como parte da sociedade civil e do interesse público, sendo que esta lei foi suprimida pela sanção do Marco Regulatório do Terceiro Setor, Lei 13.109<sup>9</sup> de 31 de julho de 2014, em suas principais mudanças estão, o conveniamento que serão deslocados para contratos de colaboração e fomento, sendo que a colaboração será realizada de forma que o setor público defina o instrumento da parceria e do fomento para ações trazidas pela organização da sociedade civil. As

---

<sup>8</sup> Lei 9.790, de 23 de março de 1993, regulamentada pelo decreto nº 3.100 de 30 de junho de 1999, instituiu as organizações da sociedade civil de interesse público, entidades de direito privado, sem fins lucrativos, para, entre outras finalidades, nela descritas, a assistência social e a promoção gratuita da saúde e educação (SIMÕES, 2012, p. 416).

<sup>9</sup>Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferência 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 nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999.

normas para escolha sofreram alterações, a partir do marco regulatório deverá acontecer chamamento público, além da alteração no tempo mínimo de serviço prestado, e alterações na forma de comprar e contratar para aplicação dos recursos públicos, bem como regramento para prestar contas.

Com essas mudanças, certamente muitas instituições deverão ter os seus próprios estatutos alterados para que possam contemplar as exigências da nova lei, porém deverá ser um processo lento ou talvez não, porque estamos tratando de aquisição de recursos, de qualquer forma a sociedade deverá ser o fiscalizador do cumprimento dessas novas regras para que não tenhamos a continuidade de um sistema que funciona conforme os interesses individuais em detrimento do coletivo.

Dentre tantos outros acontecimentos que abriram espaço para o neoliberalismo formular mais uma estratégia de reestruturação do sistema capitalista – o Terceiro Setor, surge como uma tática do governo e das entidades privadas, sendo uma forma de (re)filantropização no trato da questão social.

Com o neoliberalismo utilizado como ideologia preponderante pelos Estados capitalistas, a partir dela surge este modelo de Estado que aumenta as diferenças sociais tornando cada vez mais intenso esses extremos entre riqueza e pobreza, aumentando o número dos excluídos do mercado de trabalho, diminuindo a garantia dos direitos humanos e sociais.

A expansão do Terceiro Setor e a comercialização dos serviços ofertados à população cria a ideia de uma nova “questão social” em resposta as suas refrações. A contradição capital X trabalho, cerne da questão social permanece e o Estado responde às questões sociais de maneira precária consolidando a venda dos serviços sociais. A partir dessa lógica passamos a constatar (re)filantropização, ou seja, a população não recebe os serviços do Estado que repassa para a sociedade civil.

Nesse ponto, aponta-se a transferência dos serviços sociais para a sociedade civil, sob o discurso ideológico da “autonomia”, “solidariedade”, “parceria” e “democracia”, enquanto elemento que aglutinam sujeitos diferenciados. No entanto, vem se operando a despolitização das demandas sociais, ao mesmo tempo em que se desresponsabiliza Estado e responsabiliza os sujeitos sociais pelas respostas às necessidades. [...] Nesse contexto, observa-se um profundo deslocamento quanto aos direitos sociais agora transmutados em “direito moral”, sob os princípios abstratos da “ajuda mútua” e “solidariedade (ALENCAR, 2009, p. 455-456).

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

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

O enfraquecimento dos movimentos sociais traz a perda do foco das lutas de classe e a ideologia neoliberal abafa 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 para manter status quo.

Montaño esclarece sobre papel ideológico que o "Terceiro Setor" cumpre no fortalecimento das políticas neoliberais e a sua reciprocidade com o processo que reorganização do capital pós 70. Ou seja, flexibiliza as relações de trabalho, afasta o Estado das responsabilidades sociais e da regulação social entre 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 (MONTAÑO, 2002, P. 17).

O Terceiro Setor deveria ser um espaço de participação da sociedade, no entanto reproduz nas políticas públicas e nas lutas dos movimentos sociais a sua divisão. Nesse contexto, conforme debatido na Reforma do Estado, por Bresser Pereira (1998) o Terceiro Setor é colocado num patamar de “co-responsabilização” das questões públicas junto ao Estado, propiciando a sua desresponsabilização com o eufemismo de “publicização”<sup>10</sup> Podemos definir que aquilo que está velado na publicização, traz de um lado a redução das despesas empreendidas no que tange as ações sociais devido à “precarização, focalização e localização dessas ações, sendo que terminam por perder o seu papel universal e de direito do cidadão, dessa forma

---

<sup>10</sup> Conforme Bresser Pereira (1998, p. 61) Publicização é o processo de transformar uma organização estatal em uma organização de direitos privado, mas pública não-estatal.

isenta o capital”. Sendo que nesse cenário as organizações sociais/voluntariado, ou seja, o Terceiro Setor se estabelece com a promoção de governos neoliberais.



## **4 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

Este capítulo trata de questões referentes à instituição Casa Maria, seu histórico, o fazer profissional do Assistente Social e o Projeto de Intervenção executado durante o período de estágio curricular, a experiência e os desafios profissionais diante do Terceiro Setor.

### **4.1 A Casa Maria e sua importância para os usuários da Oncologia**

A Casa Maria Amparo Assistencial à Pessoas em Tratamento Oncológico, fundada em 28 de março de 2014, tem como nome do serviço: Serviço de Proteção Social Básica<sup>11</sup>: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Trata-se de Associação beneficente, assistencial e cultural de direito privado, sem fins lucrativos, com prazo indeterminado, alheia a atividade caráter político e religioso. Tem sua atividade regulada pela Lei 9790/99<sup>12</sup>, qualificada como entidade da sociedade civil de interesse público.

A Casa Maria surgiu com o engajamento de pessoas que passaram por diversas internações hospitalares a fim de realizar o tratamento em um local distante e sem ter condições financeiras de custear o tratamento; sendo nesse cenário que delineou-se o planejando para a criação da casa para hospedar pacientes e acompanhantes durante o processo de tratamento oncológico e oferecer apoio assistencial a pessoas com neoplasia maligna em situação de vulnerabilidade social, a fim de ter um tratamento digno.

Dessa forma a instituição está definida pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004, Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS e pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. “Destina-se a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e fragilização de vínculos afetivos – relacionais de pertencimento social (PNAS, 2004, p. 33).”

---

<sup>11</sup> A resolução 109, de 11 de novembro de 2009, aprova a Tipificação Nacional de Serviços Sócio Assistenciais, por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial e Média e Alta complexidade.

<sup>12</sup> Lei 9.970, 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.

No art. 5º, inciso III da LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social está posto que o Poder Público é o responsável pela política de assistência social em todas as esferas federativas. Entretanto “a administração pública assegura o desenvolvimento de ações sociais, em parceria com a sociedade civil, mediante convênios com entidades e organizações de assistência social (SIMÕES, 2012, p. 405).”

Quando o SUAS se estabelece, as entidades da sociedade civil se incorporam em um único sistema com natureza pública. Ainda conforme Simões (2012, p.406):

Segundo a PNAS/2004, cabe ao Poder Público conferir unidade aos esforços sociais, a fim de compor uma rede, rompendo com a prática das ajudas parciais e fragmentadas, propugnando por direitos a serem assegurados de forma integral, com padrões de qualidade, passíveis de avaliação.

Ao constituir a rede socioassistencial do SUAS com o objetivo de implementar a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, o Conselho Nacional de Assistência Social concluiu sobre a necessidade de estabelecer parâmetros que limitassem com rigor as atividades das entidades envolvidas. Suas ações também devem ser inseridas na rede de proteção básica tendo como foco central a família.

O Estado em conjunto com a sociedade deve alavancar as atividades desta rede com uma articulação política que resulte numa integralidade de atendimento, migrando do atual sistema de atendimento beneficente para uma efetiva aplicação das políticas públicas, fundadas na cidadania e nos direitos sociais, buscando assegurar a proteção social através das atividades conjuntas, mesmo que descentralizadas.

A Casa Maria atende os usuários da saúde, especificamente aqueles acometidos pelo câncer e em tratamento no serviço de oncologia do HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria. São sujeitos que vivenciam a ausência de serviços públicos em um sistema integral de proteção, dessa forma a Casa Maria presta assistência social, a fim de promover a emancipação do indivíduo, através do fortalecimento dos vínculos familiares, o resgate de valores sociais e culturais, visando o enfrentamento e a prevenção do câncer.

Dessa forma a Casa Maria tem por objetivos principais o trabalho social com a família, fortalecendo a convivência social, familiar e comunitária; promover acessos a benefícios e serviços socioassistenciais, fortalecendo a rede de proteção social. Tem

ainda como finalidade fornecer proteção e amparo as crianças, adolescentes, adultos e idosos portadores do câncer em situação de vulnerabilidade social; prestar serviços de defesa e garantia de direitos aos usuários e seus familiares; oferecer proteção e atendimento visando o fortalecimento de vínculos familiares bem como a integração dos usuários e seus familiares na sociedade.

A Casa Maria tem como objetivo prestar assistência a pessoas com neoplasia maligna, a fim de promover a emancipação do indivíduo, através do fortalecimento dos vínculos familiares, resgate dos valores sociais e culturais visando o enfrentamento e a prevenção. Está devidamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência, portanto também participa desse importante espaço de controle social com direito a voto e também ser votado em período de eleição para a Mesa Diretora.

A Casa Maria tem como finalidades, conforme o seu projeto para inscrição no Conselho Municipal de Assistência – CMAS: Atender as pessoas portadoras dos mais diversos tipos de câncer, visando dar uma melhor qualidade de vida aos usuários e seus familiares; fornecer proteção e amparo as crianças, adolescentes, adultos, idosos portadores de câncer em situação de vulnerabilidade social; prestar serviços e ações assistenciais, de forma gratuita, contínua e planejada, para os usuários em situação de vulnerabilidade social; prestar atendimento, assessoramento, em defesa de seus direitos existentes na comunidade; prestar serviços de defesa e garantia de direitos aos usuários e seus familiares; oferecer proteção e atendimento integral aos usuários e seus familiares na sociedade.

São prestados serviços de hospedagem e alimentação ao usuário e seu acompanhante, medicamentos, suplementos alimentares, alimentação enteral e cestas básicas.

Os medicamentos fornecidos são aqueles prescritos pelo médico responsável pelo tratamento, que mesmo sendo fornecido pelo Estado em vários casos, estamos tratando de usuários oriundos de várias regiões do Rio Grande do Sul, assim sendo estes somente podem ser retirados nas secretarias de saúde de origem. Nesses casos, durante o período de hospedagem as Casa Maria faz a compra e repassa sem custo.

Quando o medicamento tem alto custo e o Estado indeferiu o pedido, pois não possui ou está em falta, são feitas campanhas para angariar recursos para compra ou o próprio medicamento pela via de algum doador/colaborador.

Para adultos e idosos: assegurar espaço de encontro de modo e promover a convivência familiar e comunitária; detectar necessidades e motivações e desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida, incentivando a geração de renda; através dos grupos e atividades, propiciar vivências que valorizam as experiências, que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos usuários.

Os recursos financeiros são as doações da comunidade através do serviço de telemarketing.

A Casa Maria não tem ainda, registro no MDS para receber recursos do Fundo Nacional de Assistência, pois ainda não atende os requisitos estabelecidos na lei que regula as Organizações Não Governamentais, assim sendo ela possui um sistema de captação de recursos através do serviço de telemarketing, onde a administração compra das empresas telefônicas a relação com o número de telefone de seus clientes para que sejam feitos contatos solicitando a colaboração da sociedade.

Os recursos humanos são formados por: 01 Coordenador, 01 Assistente Social, 01 Psicóloga, 02 Mensageiros, 06 Operadoras de Telemarketing, 01 Cozinheira, 01 Auxiliar de Limpeza, 01 Instrutora de Artesanato Voluntária.

O ambiente físico está distribuído da seguinte forma: uma casa sede alugada com aproximadamente 450m<sup>2</sup>. Possui 17 cômodos, distribuídos da seguinte forma: no andar térreo possui uma sala de estar/jantar, três quartos, dois banheiros e cozinha; andar superior: recepção, sala do Serviço Social, cozinha, três quartos, um banheiro e no terceiro andar dois quartos e um banheiro, sendo que dos 22 leitos disponíveis, 2 são exclusivos para usuários pós transplante de medula óssea. As instalações estão de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária, limpeza e conservação adequadas, bem como a ventilação. O atendimento social é realizado de forma individual e sigilosa.

Os recursos materiais são: materiais necessários para o desenvolvimento do serviço, tais como: salas equipadas com material de escritório, computadores, entre outros; recursos eletrônicos: computadores, impressoras, televisão, ventiladores; utensílios domésticos: refrigerador, freezer, fogão a gás, batedeira, liquidificador, máquina de lavar, utensílios para a cozinha, etc.

## 4.2 A ação profissional do Assistente Social na Casa Maria junto aos usuários em tratamento oncológico

O Serviço Social na Casa Maria se estabeleceu desde a sua fundação com o objetivo, através de seu processo de trabalho acolher os usuários e seus familiares que, para o enfrentamento da doença, necessitam do trabalho social para que seja garantida a sua qualidade de vida diante do tratamento.

O Serviço Social possui uma sala para o atendimento dos usuários, onde estão arquivados suas pastas com seus respectivos documento anexados durante entrevista para cadastro e acolhimento.

Essa conduta obedece a legislação profissional conforme previsto no art. 2º alínea d, do Código de Ética do Assistente Social: “inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional (2012. p. 144).”.

Os usuários são acolhidos em suas demandas através de entrevista efetuada pela Assistente Social e de preenchimento de ficha social, (anexo I) e análise de documentos que são solicitados para cadastro. Documentos exigidos: RG, CPF, comprovante de renda e residência e atestado médico com o CID – Código Internacional de Doenças – são dados que após coletados irão compor uma pasta individual onde também são anexados o diagnóstico social, (anexo II) e a ficha de recibo de benefícios (anexo III).

Sendo que esta designação, Diagnóstico Social<sup>13</sup>, é atribuído a um formulário que acompanha o profissional em Serviço Social em visita domiciliar, tem por objetivo buscar o máximo de informações possíveis sobre o usuário e a doença, como se manifestou, quem são os médicos oncologistas, quais medicações são usadas, como está prescrita sua alimentação, quais tratamentos estão sendo efetuados – quimioterapia ou radioterapia, número de sessões, acompanhamento psicológico ou

---

<sup>13</sup>Esclarece Lewgoy (2008, p. 2-3): “A partir da segunda década do século XX, a supervisão reflete a influência da psicanálise, visto que o supervisor assumia tarefas de terapeuta em relação aos supervisionados, o que lhe possibilitava trabalhar mais eficientemente em relação aos “casos” a que devia atender (ANDER-EGG, 1974). A célebre obra publicada em 1917, Diagnóstico social, de Mary Richmond (1950), foi um evento significativo por se tratar da primeira sistematização teórica de Serviço Social. O texto indicava metodologias de estudo diagnóstico e tratamento para atendimento de casos, desencadeando na supervisão o debate relacionado ao plano de tratamento entre supervisor e supervisionado”.

psiquiátrico, núcleo familiar e situação econômica, plano de saúde e ao finalizar a entrevista o parecer social.

As pastas individuais são identificadas por números e acondicionadas em um arquivo com chave de acesso restrito ao Serviço Social, uma vez que está constituído como direito do Assistente Social a manutenção do sigilo profissional, disposto no art. 15, capítulo V, do Código de Ética do Assistente Social bem como resolução do Conselho Federal de Serviço social que dispõe:

Art. 2º Entende-se por material técnico sigiloso toda a documentação produzida, que pela natureza de seu conteúdo, deva ser de conhecimento restrito e, portanto, requeiram medidas especiais de salvaguarda para sua custódia e divulgação.

Parágrafo único: O material técnico sigiloso caracteriza-se por conter informações sigilosas, cuja divulgação, comprometa a imagem, a dignidade, a segurança, a proteção de interesse econômicos, sociais, de saúde, de trabalho, de intimidade e outros, das pessoas envolvidas, cujas informações respectivas estejam contidas em relatórios de atendimentos, entrevistas, estudos sociais e pareceres que possam, também, colocar os usuários em situação de risco ou provocar danos.

O benefício assistencial fornecido pela Casa Maria tem como critério de atendimento a situação socioeconômica dos usuários, são atendidos aqueles sujeitos que não tem condições financeiras para custear: a hospedagem, a alimentação, os medicamentos, as dietas enterais e suplementos alimentares necessários durante o período de tratamento.

O Serviço Social dentro da Casa Maria está diretamente ligado ao trabalho administrativo onde são delegadas, pela coordenação uma série de tarefas que acabam impedindo o profissional Assistente Social de estar mais próximo de seus usuários, planejando ações para que efetive os objetivos estabelecidos pela Casa.

O espaço referente a gestão e ao planejamento, além de programas e projetos sociais, são campos próprios do exercício da profissão, uma vez que o Serviço Social cada vez mais está inserido nessas funções e, não somente, no atendimento direto ao usuário que tem como identificação a intervenção do assistente social.

Para Cardoso e Dal Prá (2012, p. 137):

o desenvolvimento de ações profissionais relacionadas ao planejamento e à gestão são aquelas voltadas ao enfoque do planejamento institucional. As ações profissionais, nesse eixo interventivo, objetivam a construção de práticas efetivas de intersectorialidade, ou a gestão das relações interinstitucionais.

As funções que demandam a gestão devem ser respeitadas e valorizadas como parte do exercício da profissão, sendo que nessa compreensão os eixos de planejamento e gestão não ficam desarticulados da formação, ainda que o tradicional ainda impere sobre a execução de políticas sociais e o atendimento direto aos sujeitos.

Na contrapartida dessa afirmação podemos destacar o que está previsto nos parâmetros de atuação do assistente social na assistência social, estabelecendo que são incorporadas às ações profissionais várias dimensões interventivas, complementares e indissociáveis, dentre elas:

uma dimensão de gerenciamento, planejamento e execução direta de bens e serviços a indivíduos, famílias, grupos e coletividade, na perspectiva de fortalecimento da gestão democrática e participativa, capaz de produzir, intersectorial e interdisciplinarmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos cidadãos (CFESS, 2011, p. 20).

Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional (CFESS, 2009, p.9).

Torna-se um desafio diário trabalhar com as demandas e ao mesmo tempo administrar, pois estamos tratando de uma instituição com apenas 1 ano de existência, por essa razão também, a Casa Maria não possuía à época do estágio projetos ou programas em andamento.

O acolhimento tem um papel importante e de suma relevância ao direcionamento do trabalho social, sendo um dos principais instrumentos de acolhida onde se complementa pela escuta sensível<sup>14</sup>. Em um primeiro momento todos os relatos do usuário e de seu familiar são sistematizados e registrados, para compor o parecer social.

---

<sup>14</sup>Para Turck (2012, p. 17) a Tríade de instrumentos técnico-operativos necessários para operacionalizar quaisquer processos de trabalho se complementa pela escuta sensível que se constitui pela capacidade de se conectar com a totalidade do outro, por ambos, dois ou mais sujeitos, ao se constituírem em sujeitos sociais, cada um, como unidade dialética.

A Assistente Social é a profissional responsável por esse acolhimento, pela entrevista, contatos telefônicos, visita domiciliar, estudo social, parecer e acompanhamento social, além dos encaminhamentos. Constituem essas ações como sendo parte do instrumental técnico operativo do profissional em Serviço Social, conforme Turck (2012, p. 13) “os meios de trabalho se constituem no instrumental de trabalho, isto é, tudo que é usado para executar um processo de trabalho”.

O trabalho do Assistente Social na Casa Maria como relatado anteriormente está centrado em questões relacionadas a gestão, por essa razão esse profissional fica limitado ao plantão social.

O plantão social é um instrumento utilizado desde à natureza da profissão, veio ao passar do tempo transformando-se a medida que o serviço social foi se transformando.

A prática profissional no plantão fica diminuída a prática burocratizada orientada pelo mecanicismo através das regras institucionais, que basicamente ficam atreladas ao preenchimento de fichas e formulários, comprovando a burocracia e morosidade do público impedindo que os sujeitos acessem os benefícios e recursos enquanto direito social.

Vasconcelos (2006, p. 249) faz uma crítica a esse instrumento, pois em seu parecer o plantão objetiva apenas orientar, fazer o encaminhamento, dando apoio com o intuito de fazer com que o usuário se adapte aquele local ou situação. Nessa perspectiva não é possível trabalhar a emancipação desses sujeitos e a ampliação de seus direitos, pois “são vistos como objetos de intervenção do Serviço Social e não como sujeitos de direitos”.

A autora ainda acrescenta que o Plantão Social:

constitui-se em ações imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos, e apoio sobre a(s) doença(s), ações com um fim em si mesmo, na medida em que, não estão articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada, no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente às demandas implícitas por promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos.

O plantão não é planejado, sistematizado nem avaliado nas suas consequências; assim, não conta com quantificação estatística dos atendimentos, objetivando conhecer a variação da demanda, as solicitações



por serviços e recursos materiais e a própria utilização do Serviço Social e dos serviços da unidade, conseqüentemente, não conta com observação, análise e avaliação sistemática de seu processo. (Vasconcelos, 2001, p. 8-9)

A Casa Maria não está distante dessa reflexão, como já mencionado anteriormente, o trabalho executado pelo profissional em Serviço Social no âmbito da gestão, torna o plantão social executado conforme esse conceito imediatista da resolução da necessidade mais urgente do usuário, negligenciando em relação as demandas que em sua maioria não são reconhecidas e tão pouco consideradas demandas para o Serviço Social, ficando o Assistente Social sem condições de ver o que está para além do aparente.

O Serviço Social tem em seu processo de trabalho uma constante luta com a contradição e seus desdobramentos bem como os desafios diários que perpassam, neste caso, a gestão e o trabalho diário diretamente com o usuário para além do plantão social.

A Assistente Social também enfrenta em seu cotidiano as refrações da questão social, principalmente a fragilização dos vínculos em que se encontram os usuários devido o seu adoecimento e, nesse contexto, onde o Estado se retira, ela deve trabalhar com as especificidades de cada sujeito, as suas demandas e a efetivação de seus direitos em uma instituição do Terceiro Setor, que tem os subsídios para atendimento além de um trabalho focalizado, sendo a constatação da fragmentação da política de assistência e da saúde.

A proposição e o posicionamento crítico do profissional em Serviço Social em instituições do Terceiro Setor se tornam prejudicada em muitas situações, pois uma vez institucionalizado é um trabalhador e está sujeito as regras da instituição empregadora, enfrentar as contradições e levar ao sujeito o pertencimento e a emancipação, pode ser mais que um desafio e sim uma negação.

Façamos um recorte a partir de Iamamoto (2013, p. 63), o Serviço Social embora regulamentado como uma profissão liberal a sua produção na pratica é bem diferente. Ele, “o assistente social não tem os meios para efetivar seu trabalho, depende dos recursos advindos dos programas e projetos da instituição que o contrata para o trabalho especializado”. Em suma são as instituições detentoras do capital que

possuem parte dos meios ou recursos para a execução do seu trabalho, são empregadoras. Nesse contexto o profissional não só está dentro da relação de venda da força de trabalho como a sua condição de trabalhador molda a sua inserção socioinstitucional em nossa sociedade.

Diante desta realidade de autonomia relativa a instituição organiza o processo de trabalho, sendo contraditório esse processo, mas que desvela a realidade do profissional dentro das instituições socioassistenciais de forma geral, não sendo diferente na Casa Maria. De qualquer forma não podemos desconsiderar que o trabalho do Assistente Social em sua capacidade técnica, teórica e ética não pode admitir a interferência, não significando a negação das regras institucionais e hierárquicas a que está submetido.

Mesmo quando a atuação se dá na condição de empregado [...] jamais deve ocorrer a interferência na sua opinião técnica, na escolha de métodos, técnicas e instrumentos que irá utilizar para consecução de sua atividade profissional (CFESS, 2012, p. 153).

Os usuários da Casa Maria, como já tratamos, são pacientes do serviço de oncologia do HUSM, oriundos de várias cidades da região e de fora dela por essa razão ao chegarem em Santa Maria para as suas consultas, exames e tratamento de radioterapia e quimioterapia necessitam de local para hospedagem, onde possam descansar, tomar banho, alimentar-se. São fornecidas as refeições básicas café da manhã, almoço, lanche e jantar, tanto para o usuário como para o familiar que o acompanha.

Os usuários em tratamento do câncer vivem um processo de desgaste físico além de desgaste emocional. Para auxiliar no refazimento de suas energias e equilíbrio de suas taxas além de sua recuperação nutricional - uma vez que conforme o tipo de tumor e onde está localizado os usuários tem dificuldades na sua alimentação ou também não conseguem alimentar-se via oral - o uso das dietas enterais e do suplemento alimentar é necessário e prescrito pelo serviço de nutrição do serviço de oncologia do HUSM.

Os usuários da Casa Maria têm seus vínculos fragilizados em razão da doença, necessitam deixar suas casas, mesmo que por espaço curto de tempo, mas que incide em questões delicadas que afetam toda a relação familiar, pois a vulnerabilidade econômica é uma constante em suas vidas e com o diagnóstico da doença torna-se mais acentuada.

No exercício de observação das práticas profissionais da Assistente Social na instituição, como aspecto positivo destaco a sua autonomia profissional em deliberar sobre ações que devem ser implementadas, de práticas que resultem em um tempo melhor e mais leve durante o período do tratamento.

A rede articulada pela Casa Maria se dá com o Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, pois os usuários são encaminhados pelas suas respectivas secretarias de saúde diretamente ao hospital referência no tratamento do câncer, na região e fora dela. Estes usuários são encaminhados à Casa Maria pela Assistente Social do serviço de Oncologia do hospital

O usuário, muito embora reabilitado, não rompe os laços com a Casa Maria, pois o monitoramento e acompanhamento da doença continuam mantidos, devendo este cumprir uma agenda de retornos a consultas e exames periódicos para o controle da doença, tratamento e evolução do tratamento, por essa razão a sua referência é a Casa Maria.

Nessa perspectiva o Serviço Social mantém o monitoramento de seu tratamento através de contatos telefônico e em alguns casos, visitas domiciliares de usuários residentes em Santa Maria.

Cabe nesta reflexão citar Iamamoto, quando refere os desafios do Serviço Social nesta dinâmica, onde os valores pertencentes ao gênero humano, tornam-se

cada vez mais opacos no universo da mercantilização universal e do culto do individualismo. [...] decifrar as múltiplas expressões da questão social, sua gênese e as novas características que assume na contemporaneidade, atribuindo transparência às iniciativas voltadas à reversão e/ou enfrentamento imediato (2013 p. 28-29).

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 diário diretamente com o usuário para além do plantão social.

Uma vez inserida nesse campo de estágio, acompanhando o trabalho da Assistente Social em todo o seu complexo desenvolvimento, verificando o histórico dos sujeitos, as suas necessidades e dificuldades diante da incompreensão sobre os serviços e seus acessos, além da fragilidade que a maioria dos sujeitos apresenta diante do adoecimento surgiu o esboço de um trabalho onde esses sujeitos tivessem momentos de encontro e de diálogo, para buscar reestabelecer os vínculos fragilizados ou rompidos pelo processo de adoecimento. Dessa forma estabelecemos um trabalho de grupo.

A atividade grupal justifica-se pelas informações levantadas pós cadastramento da pessoa com câncer, sendo que são usuários encaminhados de outros municípios necessitando hospedar-se na Casa por cerca de 5 semanas aproximadamente para realizar tratamento de quimioterapia e radioterapia, entre outras consultas. Nesse período, um grupo possibilita o fortalecimento de vínculos.

Diante desse contexto o trabalho de grupo insere-se nessa instituição como estratégia metodológica para a emancipação política, social, econômica e pessoal do usuário, além do trabalho na reconstrução de conceitos e igualdade direitos sem discriminações, dessa forma o Serviço Social contribui para a construção de uma sociedade mais humana e igualitária, além de justa.

O processo histórico do trabalho com grupos e a sua apropriação pelo Serviço Social com instrumento está demarcado pelas rupturas paradigmáticas e revisões teórico-metodológicas da profissão. A questão da instrumentalidade no Serviço Social passa a ser alvo de aprofundamentos científicos que, ao mesmo tempo, estudam o redimensionamento dos elementos técnico-operativos postos para a intervenção do Assistente Social (TURCK, 2003, p. 30).

Dessa forma, o projeto de intervenção proposto pela Assistente Social da Casa Maria e estagiária do Curso de Serviço Social da UFSM contou com a participação de usuários e familiares hospedados na Casa atendidos no Município de Santa Maria.

### 4.3 Projeto de Intervenção

Os usuários atendidos, como já exposto, são na sua maioria oriundos de outros municípios da região de Santa Maria e fora dela, bem como do município sede.

Estes chegam a Casa Maria, devido à situação de vulnerabilidade tanto social, mas principalmente econômica, com seus vínculos familiares e sociais fragilizados em decorrência da doença.

Possuem pouca escolaridade ou são analfabetos, possuem renda mínima ou nenhuma, aposentados, BPC, auxílio doença e bolsa família e a incidência maior de câncer se dá entre os homens.

A Casa Maria desde a sua fundação em 28 de março de 2014 possuía 185 usuários cadastrados até o final da execução do projeto de intervenção no dia 16/06/2015. Destes 185 cadastros ativos, possuíam informações completas em suas fichas sociais 134 cadastros, onde os resultados podem ser verificados nos gráficos abaixo.

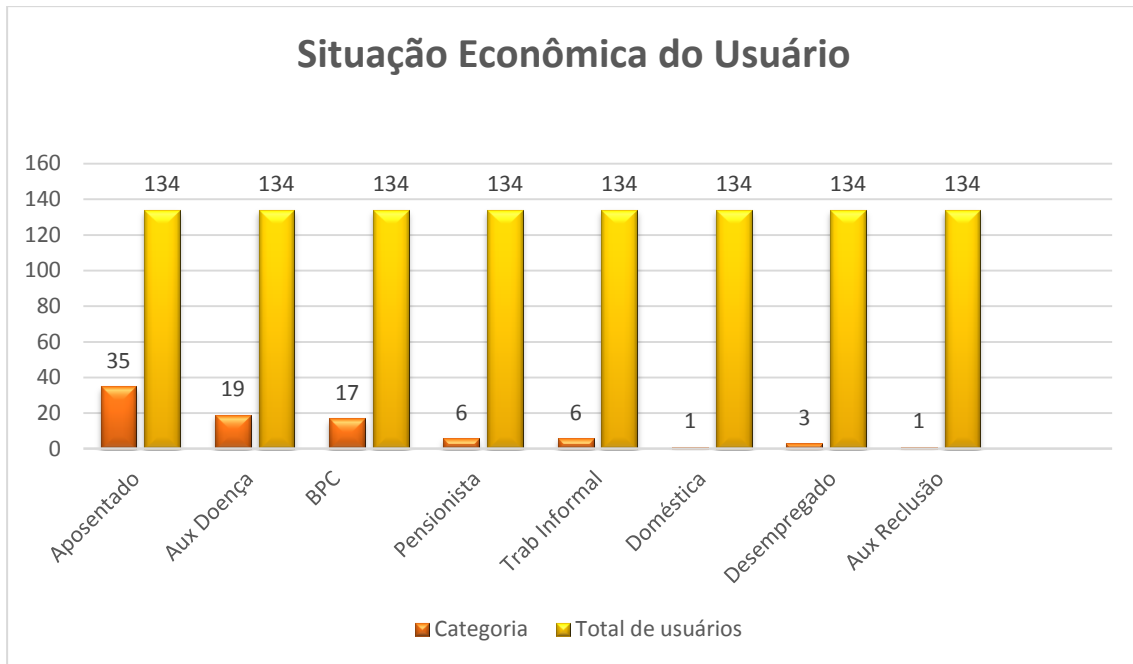
O gráfico 1 apresenta a origem da renda familiar dos usuários da Casa Maria, mostrando que 52% dos usuários têm sua renda familiar advinda de aposentadorias, auxílio doença ou Benefício de Prestação Continuada – BPC.

A maioria dos valores correspondentes ao auxílio doença, aposentadoria e BPC é de um salário mínimo nacional,<sup>15</sup> o que indica a situação de vulnerabilidade socioeconômica destes usuários diante do alto custo para o tratamento do câncer.

Gráfico 1: Situação Econômica do Usuário

---

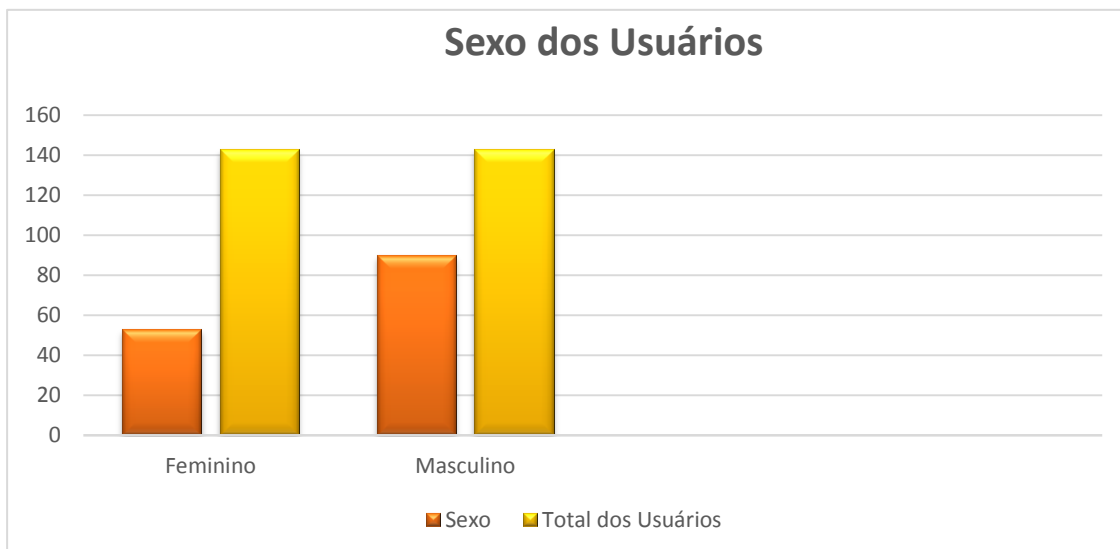
<sup>15</sup> Na data de 01/12/2015 - Defesa Pública do Trabalho de Conclusão de Curso da autora - o salário mínimo nacional era de R\$ 788,00.



FONTE: Elaboração Própria

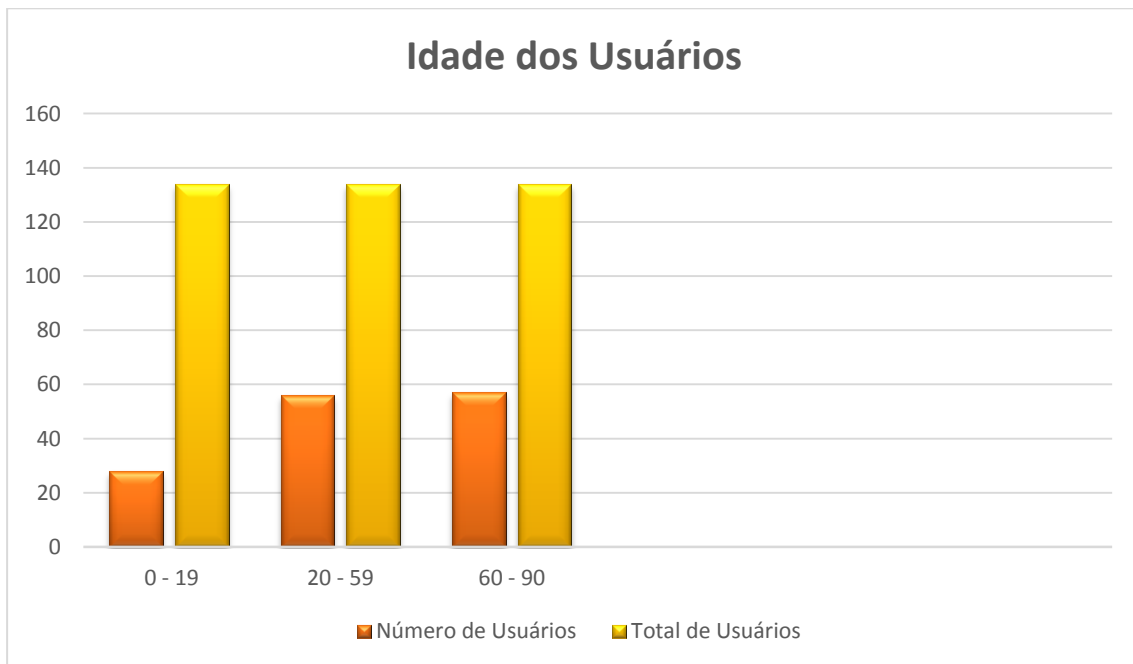
No gráfico 2 e 3 pode-se perceber que a maioria dos usuários é do sexo masculino e com idade acima de 50 anos.

Gráfico 2: Sexo dos Usuários



FONTE: Elaboração Própria

Gráfico 3: Idade dos Usuários



FONTE: Elaboração Própria

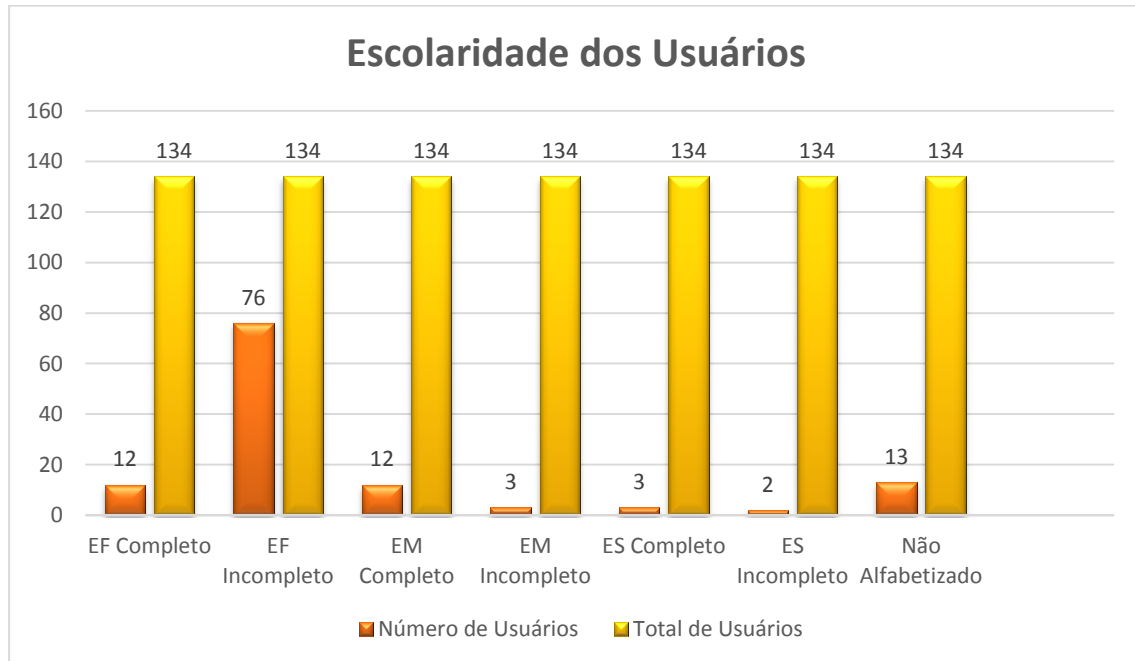
No gráfico 4 analisa-se a escolaridade dos usuários prevalecendo não alfabetizados e ensino fundamental incompleto (5ª série) perfazendo 66,4% do total de usuários. Incluindo os usuários com ensino fundamental incompleto têm-se 75,3% do total dos usuários cadastrados na Casa Maria.

No sistema capitalista de produção onde está presente a divisão sócio técnica do trabalho e a sua conseqüente especialização, o nível de escolaridade dos sujeitos está relacionada a ascensão dos postos de trabalho, onde o trabalho intelectual é valorizado e o trabalho braçal destinado as pessoas com pouca escolaridade e conseqüentemente menor remuneração. Nessa análise podemos supor que a ausência de conhecimento e a dificuldade em buscar informações sobre a prevenção impactam diretamente nesse índice tão alto do câncer em meio aos sujeitos com menor escolaridade.

Inserida na questão referente a escolaridade cabe também refletir sobre a importância da prevenção, nesse caso temos um grande desafio, pois a porta de entrada da Saúde Pública em nosso país é a rede de Atenção Básica em Saúde, entretanto o serviço não é devidamente valorizado necessitando de urgente

mobilização das categorias profissionais, sociedade civil, movimentos sociais e usuários para o seu fortalecimento e efetivação plena, conforme as normativas legais.

Gráfico 4: Escolaridade dos Usuários



FONTE: Elaboração Própria

As expressões da questão social atendidas pela Casa Maria e vivenciadas pelos seus usuários estão diretamente ligadas à ausência de um sistema de saúde preventivo e falta de atendimento nas unidades básicas de saúde, precariedade nas relações de trabalho, vínculos previdenciários mínimos ou sem nenhuma renda. São demandas agravadas pelo processo de adoecimento em razão da neoplasia maligna.

Conforme INCA (2011), pelo menos um terço dos novos casos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser evitado. Essa afirmativa nos coloca em situação de retomada de reflexão e discussão sobre as ações referentes à prevenção de doenças, neste caso do câncer, que torna a situação irreversível na maioria dos casos.



A prevenção deveria ser tratada pelo poder público como prioridade, dando suporte necessário às unidades básicas de saúde, bem como a implantação integral da Estratégia de Saúde da Família – ESF que os municípios não têm cobertura total.

A situação vulnerável dos sujeitos, uma rede de atendimento morosa, a falta de informação e dificuldade na compreensão das informações, o mercado de trabalho oscilante, são algumas das situações vividas pelos sujeitos que contribuem para o agravamento da doença, além da demora no diagnóstico que diminui a possibilidade de cura.

O impacto da doença para o paciente e seus familiares precisa ser compreendido, ou seja, devem ser consideradas as condições emocionais, socioeconômicas e culturais dos pacientes e seus familiares, visto que é nesse contexto que emerge a doença, e é com essa estrutura sócio familiar que vão responder à situação de doença (CARVALHO, 2008, p. 98).

Nesse cenário estão inseridos sujeitos que necessitam da política pública de saúde, também um direito constitucional, que tem suas demandas transferidas para a sociedade civil a sua responsabilidade, encaminhando os usuários para instituições assistenciais como a Casa Maria para serem acolhidos em suas necessidades dando a ideia de atendimento efetivado, entretanto esse serviço torna-se focalizado e também fragmentado.

A Casa Maria tinha algumas limitações, onde a profissional em Serviço Social com funções cumulativas que perpassavam pela gestão, ficava visível o seu afastamento dos usuários, embora fosse o acolhimento efetuado pela Assistente Social, havia uma necessidade de colocar em prática os objetivos estabelecidos no projeto institucional da Casa.

No enfrentamento da realidade dos sujeitos atendidos pela Casa Maria, se entendia necessário realizar ações de convívio familiar e comunitário em que estes pudessem vivenciar através dos grupos de apoio, experiências que possibilitassem meios de aprendizagem; propiciando acesso às atividades de lazer como passeios, palestras, encontros com outros grupos; possibilitando vivências e experiências que potencializassem a participação social em espaços de livres expressões e opiniões, de relacionamento e convivência em grupo, administrando conflitos por meio do diálogo,

compartilhando modos de pensar e agir e, principalmente ter acesso a informações sobre direitos sociais.

Faz-se necessário considerar que a realidade de muitos usuários não permitia atividades nessa linha, pois muitos foram os casos em que os sujeitos não conseguiam se comunicar ou estavam sob os efeitos do tratamento que traziam consequências sérias em todos os aspectos, fossem elas físicas, emocionais ou psicológicas, portanto vale ressaltar a importância de um trabalho multiprofissional para garantir uma melhor qualidade de vida e de convivência com a doença.

O projeto de intervenção proposto - Criando Laços, na Casa Maria - Amparo Assistencial a Pessoas em Tratamento Oncológico, serviço que foi realizado em grupos, surgiu a partir da demanda existente na instituição, onde os usuários são recebidos pelo Serviço Social e após acolhimento são encaminhados para hospedagem, alimentação tanto os usuários quanto os familiares em situação de vulnerabilidade social. Tais usuários e familiares necessitavam de apoio para o enfrentamento da doença, através do trabalho social, a fim de complementar a qualidade de vida durante e pós-tratamento da doença, uma vez que alguns usuários continuavam com vínculos na instituição, recebiam, cestas básicas, leite, suplementos alimentares bem como participavam das atividades oferecidas pela casa.

O objetivo do projeto foi o de implantar um grupo para fortalecimento de vínculos entre usuários da Casa Maria e seus familiares além de: propiciar espaço de convivência, desenvolvimento da autonomia, da experiência lúdica, de interação e de valorização da família para que houvesse o fortalecimento de vínculos para o enfrentamento da doença; buscava a mobilização e o acesso aos direitos sociais e a ampliação da qualidade de vida; refletia sobre o papel da família no desenvolvimento de capacidades e potencialidades na perspectiva preventiva e de emancipação; oportunizava o acesso às informações sobre direitos e sobre participação cidadã, através de atividades diversas, com incentivo à cultura e a socialização estimulando o desenvolvimento o protagonismo dos usuários; favorecendo e possibilitando atividades, fortalecendo o respeito, a solidariedade, e a autoestima.

Para materializar suas atividades, o profissional em Serviço Social precisa apreender a realidade e efetivar seu processo de trabalho a partir do seu conhecimento e de suas técnicas. Para que possamos falar sobre a metodologia dentro deste projeto

é necessário trazer algumas questões relacionadas ao método em Marx para que possamos compreender que a vida tem um movimento permanente e tudo está interligado.

As principais categorias dialéticas conforme Prates:

**Totalidade** - mais do que uma junção de fatores diversos é sua interconexão porque a unidade dos diversos muda o sentido do todo e da parte, é reconhecer o universal no particular e vice-versa. Porque é sempre importante reiterar, a dialética marxiana quer explicar, é radical, que ir à raiz dos fenômenos e desvendar as interconexões que os conformam no seu processo de constituição; é totalidade também a articulação entre teoria e prática que se realimentam sucessivamente e é essa prática concreta, práxis, portanto que é critério de verdade;

**Historicidade** é ter a história como chave para o desvendamento do movimento, de que tudo está em curso, em processo, logo, que são provisórios, e esta consciência da provisoriedade desestabiliza, às vezes, porque se contrapõe aos espaços conquistados de uma vez para sempre, nos coloca diante de nossa finitude, e a provisoriedade não é só de sujeitos e fenômenos, mas também das estruturas, já destacava Marx, razão pela qual concluímos por totalizações provisórias, articulando totalidade e historicidade. As categorias dialéticas na verdade não podem ser dicotomias, elas são profundamente imbricadas.

**Contradição dialética** é ao mesmo tempo destruição e continuidade, é oposição que inclui...por esta razão é definida por Lefebvre, como negação inclusiva, para morrer ou é preciso estar vivo, e ao viver consumo minha vida, ao viver mais me aproximo do tempo da morte, exemplifica Lefebvre. A criança tenta andar cai e levanta, que andar, quer alcançar os objetos, tocá-los, para isto precisa locomover-se, quer superar a dificuldade de deslocamento. A dificuldade de se deslocar é a negação que inclui.

Como diz Lefebvre (1989:43) "... o humano só pode se constituir através do inumano, de início a ele misturado para, em seguida distinguir-se, por meio de um conflito, e dominá-lo pela resolução desse conflito (AULA ABERTA/ ABRIL – 2015 – CESH/UFSM)."

Assim sendo para que possamos levar a nossa contribuição para o fortalecimento de nossos usuários e dos sujeitos de um modo geral é "preciso desvendar para aprimorar, transformar mesmo que provisoriamente". Parece-nos ser esta também uma questão de método (AULA ABERTA/ABRIL/15 – CESH/UFSM).

Desvendar para aprimorar, conforme nos chama a reflexão Jane Prates, em nossa vivência no Grupo Criando Laços esse movimento traz um sentido de compreensão da situação de cada usuário que participou. Nos relatos onde de forma paulatina, porém muito franca, estes sujeitos se manifestaram relatando a sua percepção da doença e suas expectativas em relação a cura. Muitos eram esperançosos outros nem tanto, uns sentiam-se incomodados por terem de tantas

vezes fazerem viagens. Relataram a forma como eram tratados em seus municípios pelos órgãos de saúde que mantinham o transporte para Santa Maria, a falta de clareza nas informações e a má vontade do ente público com aqueles que necessitavam acessar um serviço, gratuito e universal ficou bem ressaltado em suas manifestações.

O Grupo Criando Laços, projeto que foi elaborado para os usuários da Casa Maria, foi executado através de encontros semanais, totalizando o número de 07 encontros, com os usuários e seus familiares, tendo o primeiro tema sido trazido, inicialmente pelo Serviço Social, onde este espaço foi construído de acordo com a demanda dos usuários e a partir de suas sugestões na busca da informação e do conhecimento.

Para o desenvolvimento das atividades foram realizadas rodas de conversa, dinâmicas de grupo, executadas por profissionais das áreas da Terapia Ocupacional, Comunicação Social e Estagiária do Serviço Social. As atividades desenvolvidas ocorreram no período de abril a julho de 2015 onde foram realizados encontros semanais para execução do projeto de intervenção.

Os recursos humanos utilizados: Assistente Social da Casa Maria; Estagiária do Serviço Social da UFSM e Convidados para abordarem temas de interesse dos usuários. Conforme relato apresentado do Grupo Criando Laços:

### **Apresentação do Projeto pela Assistente Social da Casa Maria em 23/04/2015**

Reunimos os usuários em uma roda de conversa e a Assistente Social apresentou o Grupo Criando Laços, e a forma como se daria a intervenção, uma reunião por semana, com rodas de conversa, dinâmicas e atividades informativas.

Iniciamos a conversa com a apresentação de cada um, iniciando por mim e logo em seguida cada usuário apresentou-se e trouxe um relato referente a sua trajetória de vida, como se deu a descoberta da doença até a vinda para o HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria. Neste primeiro dia destaco a usuária X com 76 anos de idade, trabalhadora da lavoura até sua aposentadoria, mora com o filho e

relatou sobre a falta que sente da casa, de seu espaço, extremamente emotiva, mal conseguia falar, sentia-se triste em razão da doença e por ter que adequar-se ao novo modo de vida, estava descontente por estar fora de casa, mas que teve de optar por vir para facilitar o acesso ao tratamento. “Quero ouvir os outros” (SIU).

Cada sujeito tem uma forma de sentir e expressar suas fragilidades e paulatinamente a relação entre eles vai se estabelecendo através do conhecer um ao outro. Nesse sentido o trabalho em grupo, nesse caso, que tem por objetivo principal fortalecer vínculos fragilizados ou rompidos torna-se um tanto desafiador uma vez que o usuário precisa ter seu tempo respeitado para que possa identificar-se enquanto sujeito parte do coletivo. Conforme Jane Cruz Prates:

[...] Mais do que técnicas grupais específicas, sem ter a intenção de desvalorizá-las, porque são úteis se complementares à dialética grupal, utilizamos uma mediação iluminada por nossa finalidade e intencionalidade, com base na reflexão coletiva e no diálogo, partindo da realidade concreta dos sujeitos usuários, de suas práticas sociais, buscando a superação do aparente, por novas leituras e totalizações (1995, p. 3).

Na busca pela superação o trabalho em grupo permite compreender esse processo dialético onde os usuários da Casa Maria estão inseridos em constante busca da transformação de sua realidade atual.

### **Roda de Conversa de 28/04/2015 – Tema Superação - Convidada Usuária com câncer de Mama – Texto: Meu nome é felicidade (autor desconhecido)**

Nos reunimos com a nossa convidada, usuária Y que fez cirurgia para a retirada da mama há mais ou menos um ano, negra, trabalhadora, mãe, uma pessoa contagiante, com sorriso largo, possuidora de uma auto estima incrível, tem quatro filhos, sendo que o caçula tem 11 anos. Dois de seus filhos, “os mais velhos estão encaminhados” (SIU) e o seu terceiro filho tem problemas psiquiátricos e precisa de acompanhamento constante. Mesmo diante de tantas dificuldades, não desanima. Ela se apresentou ao grupo, contou sobre o diagnóstico da doença, o enfrentamento e a superação. “Com fé, esperança e força que cada um carrega nós conseguimos, nós

temos que viver, essa doença bandida nos derruba e nos coloca em momentos de desânimo, angústia e tristeza, tenho meus momentos de tristeza sim, mas logo me recupero e continuo a caminhada” (SIU) Depois de sua fala perguntei a cada um o que era felicidade, as respostas foram “felicidade é estar com a família” “é tranquilidade” “é estar de bem com a vida”, mas para todos a saúde estava em presente. Apresentei o texto Meu nome é felicidade. Após a leitura dialogamos sobre a importância dos amigos, do tempo que devemos designar para cada coisa que vivemos, na sabedoria que adquirimos ao longo de nossa trajetória e como expressa a nossa usuária convidada “só podemos amar a Deus, se amarmos o nosso próximo”

Nessa roda de conversa onde o usuário coloca a sua fragilidade e também reflete sobre a importância dos sujeitos que fazem parte de seu meio social, a sua comunidade, amigos, família, etc. Ficando explícita a necessidade de proteção à família, vale ressaltar o que a legislação prevê sobre as redes de apoio a família, o PAIF<sup>16</sup> – Serviço de Proteção e Atendimento à Família que:

foi concebido a partir do reconhecimento que as vulnerabilidades e riscos sociais, que atingem as famílias, extrapolam a dimensão econômica, exigindo intervenções que trabalhem aspectos objetivos e subjetivos relacionados à função protetiva da família e ao direito à convivência familiar (BRASIL, 2012, p. 9).

A Casa Maria, entidade assistencial referenciada ao CRAS, é parte constituinte de uma rede socioassistencial que possui informações sobre os territórios e famílias sabendo de suas demandas onde devem estar articuladas para que se efetive a atuação do PAIF. Entretanto a maioria dos usuários reside em outras cidades, portanto à sua referência deve ser o CRAS da cidade de origem. Essa situação dificulta o acesso do usuário no serviço de proteção, pois durante todo o tratamento ele fica em Santa Maria, indo para sua cidade somente em finais de semana.

---

<sup>16</sup> Esse serviço tem suas raízes nos início dos anos 2000, passando por modificações e aprimoramentos, inclusive de nomenclatura, retratando sua ressignificação no Âmbito do SUAS. A experiência de trabalho com famílias iniciou-se em 2001, com um projeto piloto, o Programa Núcleo de Apoio à Família – NAF. Como forma expandir e qualificar essa experiência, em 2003, foi lançado o Plano de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. Em 2004, o Plano foi aprimorado e adequado às diretrizes da Política Nacional de Assistência Social - PNAS, instituindo-se o “Programa de Atenção Integral à Família” (Portaria nº 78 de 08/04/2004), que se tornou a principal referência para o usuário do Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Por meio do Decreto nº 5.085, de 19/05/2004, o PAIF tornou-se “ação continuada da assistência social”, sendo sua oferta obrigatória e exclusiva nos Centros de Referência de Assistência Social - CRAS.

Uma questão a ser problematizada é a precariedade dos serviços oferecidos pelo CRAS – Centro de Referência em Assistência Social, são serviços na sua imensa maioria, privatizados, onde o poder público se retirou totalmente e repassou a responsabilidade para empresas que prestam serviços, nesse movimento não existe uma equipe que permaneça efetuando o seu trabalho, a rotatividade de profissionais é muito grande prejudicando o trabalho junto aos sujeitos que necessitam desse atendimento de proteção familiar. Os projetos são interrompidos a todo momento dada à rotatividade nesses setores.

O Serviço Social inserido nesse campo trava, diariamente, uma luta para efetivar os mínimos sociais aos sujeitos que são encaminhados ou que procuram espontaneamente os serviços. O Assistente Social não consegue dar conta do trabalho dada a grande demanda e a precarização do serviço em todo o seu âmbito, desde a ausência de estrutura física compatível como está estabelecido no Código de Ética profissional que constitui como direito desse profissional a “defesa das prerrogativas e da qualidade (grifo meu) do exercício profissional (2012, p. 40)” bem como a garantia de sigilo quanto ao atendimento dos usuários. A qualidade do fazer profissional reflete diretamente na vida desses sujeitos, pois se este trabalho não tiver condições de ser exercido dentro de normas estabelecidas não se efetiva, nem se garante o fortalecimento, a proteção o protagonismo nem tampouco o acesso a direitos constitucionais.

### **Roda de conversa de 12/05/2015 – Dinâmica de Grupo – Convidada Terapeuta Ocupacional UFSM**

A terapia ocupacional trata das ocupações humanas, sendo que o usuário da Casa Maria necessita da intervenção desse profissional para reaprender, pois muitos ficam com o sistema motor debilitado e a terapia ocupacional se insere para que este possa continuar fazendo sua própria refeição, penteando seu cabelo, calçando o sapato, enfim, nova forma de ação.

A terapeuta ocupacional iniciou o trabalho pedindo que cada um se apresentasse e falasse um pouco de si. Cada usuário relatou um pouco da história de

suas vidas, foi aplicada uma dinâmica de grupo. Foram distribuídos objetos como tampa de caneta, caneta, lápis, tesoura, chave, rosário, relógio, cada usuário fez a sua escolha e falou sobre qual relação que aquele objeto tinha com a sua vida. Foram diversos relatos e colocações onde destaco o relato de uma usuária com 74 anos que escolheu a tesoura dizendo que lembrava a poda, o ato de podar, o jardim que enfeitava a casa em que ela morava, a sua casa, hoje mora com filho. Lembrou de tudo que passou, o que fez em sua trajetória. Hoje acometida pela doença onde luta diária e bravamente pela sua melhora em termos gerais, possui um ar meigo e um sorriso tímido e ao mesmo tempo uma força que contagia. Vale ressaltar que esta usuária ao início do projeto era calada e muito emotiva, hoje esboça sutilmente uma mudança na sua atitude em relação ao grupo, sendo sorridente e participativa, além de muito carinhosa, imprime coragem e esperança.

A Terapeuta Ocupacional encerrou o seu trabalho no grupo ouvindo sugestão de uma das usuárias, para que retornasse ao grupo com uma técnica de relaxamento. Atendendo a sua solicitação, ao encerrarmos o projeto ela deverá estar conosco novamente em data a ser combinada.

O trabalho com grupo é um instrumento que o Serviço Social tomou para si e demonstra a sua intencionalidade dentro desse movimento, para Turck “A intencionalidade indica uma determinada concepção do homem, mundo e sociedade e define o entendimento de democracia e cidadania, identificando o papel do Estado e a inserção dos cidadãos na sua construção e gestão” (2003, p. 30).

Dessa forma o trabalho não tem neutralidade e nos propõe refletir sobre implicações e o direcionamento ético-político na ação do trabalho em grupo.

A intencionalidade deve ser norteadora da intervenção profissional fazendo assim com que o usuário, um sujeito social que seja o protagonista, o ator principal e assim membro das transformações da sociedade, sendo assim podemos ver o Serviço Social no processo político como profissão.

Conceituar vínculo não é matéria simples tão pouco possui uma definição como um cálculo matemático, para Pichon-Riviéri apud Turck, 2003 “vínculo é uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem”. Os sujeitos carregam em si expectativas, são sujeitos



constituídos de relações, cada um possui um papel podendo ser um transformador, deixando sua marca no conjunto social e cultural do grupo.

Nas relações, para esse autor, existe uma capacidade de realizar, uma força em razão de vivências que colocadas em prática podem agir nessas mesmas relações e em função delas. Quando o usuário se coloca no grupo ele relata suas alegrias, sua vontade de viver, assim como relata sua doença, como descobriu a enfermidade e o que isso influenciou na sua vida. Quando um escuta o outro ele se vê e se fortalece no outro, experimenta, exercita a escuta, dando importância e valor nos laços de solidariedade humana.

Em cada relato uma história que nos permite refletir e compreender que os usuários entendem que instituições como a Casa Maria são assistencialistas, não conseguem perceber dentro desse contexto que o Estado, mantém um grande e falho sistema, dentro de um cenário neoliberal das políticas públicas, no que diz respeito a garantir a saúde e a assistência em nosso país. Lembramos também que o que é direito constitucional ainda está somente na teoria do direito e não na realidade de quem realmente necessita. Conforme Vasconcelos (1997, p.134):

A existência de um direito social não determina que se tenha acesso a ele como tal. O direito existe formalmente, mas dependendo da forma como se usufrui dele, transforma-se num objeto de favor, doação, constrangimento, troca...O acesso a um recurso por um cidadão-sujeito social-crítico, consciente, é que transforma o direito formal em direito real.

O Serviço Social tem o papel de intervir nas refrações da questão social, cabendo a este profissional buscar efetivar esse acesso e caminhar em direção à cidadania de direitos, contrapondo ainda a ideia do favor, preciso é, caminhar em direção a realidade concreta compreendendo que o real é constituído por contradição.

### **Roda de Conversa de 26/05/2015 – Tema: Como percebo a realidade**

Iniciamos a nossa reunião do grupo logo após o café da manhã com um diálogo de apresentação, pois em nossos encontros os usuários nem sempre são os

mesmos, trata-se de grupo aberto e, além disso, a medida que os tratamentos vão findando cada um retorna à cidade onde mora. Nesta manhã havia 05 usuários que sentaram na sala, os recém chegados contaram um pouco de suas vidas, a descoberta da doença e a vinda para a Casa Maria. Destaco aqui o usuário X com 66 anos, domiciliado em Santiago, sua profissão é motorista. Sofreu um acidente e ficou com sequelas, onde tem dificuldade de locomoção, caminha com o auxílio de um andador, está com câncer na laringe, possui o som de sua voz rouco e baixo devido ao tumor. Não sabe ainda se a sua voz ficará ou não comprometida, apesar de tudo gosta muito de conversar e contar as suas histórias em tempos de estrada.

A dinâmica de grupo tinha como tema a percepção da realidade, levei uma fotocópia da imagem de uma mulher (anexo IV), tiveram algum tempo para observar e dizer o que viam, se uma mulher jovem ou velha, cada um teve sua percepção. Discutimos a importância de perceber a realidade sob vários aspectos de vários ângulos, cada um defendeu o que visualizou a partir de seu ponto de vista, isto não significa abrir mão daquilo de acredita e sim que podemos compreender um ponto de vista diferente, objetivando a reflexão e sensibilização envolvendo vários pontos de vista.

Compreender a realidade, esse o objetivo da dinâmica narrada, contexto extremamente delicado e de grandes desafios na tentativa de equilíbrio da contradição, uma vez que os sujeitos estão com os vínculos familiares muitas vezes estremecidos pela situação de saúde/doença, desempregados, solitários, estão inseridos em uma lógica perversa do capital. Quando implementamos um projeto que tem por objetivo o protagonismo dos sujeitos, o fortalecimento dos vínculos e a importância das famílias em suas vidas, percebemos que categorias como a historicidade são pertinentes na condução de um trabalho interventivo. Para a compreensão da realidade humana necessária se faz conhecer a história para desvelar o momento presente, pois tudo é provisório, e é nessa perspectiva do movimento que estes usuários se colocam, o processo de adoecimento é passageiro. Para tanto destaca-se o trabalho em grupo em busca de entender esse processo dialético onde os usuários da Casa Maria estão inseridos e em constante busca da transformação de sua realidade atual.

Trabalhar em grupo em instituições para Schneider apud Zimmerman (1997, p. 411) tem a seguinte conclusão:

Reforçar os membros do grupo, em suas instituições, a possibilidade de tomar as suas próprias decisões, respeitar as suas diferenças e compreender seu processo, para que possam desenvolver com suas características e forças inerentes à sua realidade, é a parte mais importante e complexa do trabalho de atendimento a grupos em instituições. Devido a isso nosso trabalho nas instituições tem se caracterizado pela busca das conexões e identificações das necessidades de interdependência das questões individuais e suas manifestações na coletividade.

Podemos definir o trabalho de grupo e sua importância como instrumento do assistente social conforme citação abaixo:

A abordagem grupal como um instrumento técnico-operativo do assistente social deve ser considerada “não somente em seus aspectos técnicos – referentes ao ‘fazer’ – mas também em suas implicações sócio-políticas da prática da qual ele potencializa as ações, viabilizando uma intervenção que tem uma direção social situada no movimento contraditório da sociedade” (TRINDADE, 2004, p. 39).

O assistente social inserido nesse contexto tem de ter olhos para ver, pois “olho que não aprende a ver não enxerga”, exercitar o olhar crítico, a escuta sensível, a mediação para articular um conhecimento com o outro, reconhecer o outro (Aula aberta – o Método em Marx e a pesquisa social – Prof. Jane Prates – Abril /2015 – CCSH UFSM).

Conforme Jane Cruz Prates

[...]Numa entrevista, por exemplo, ao buscarmos conhecer a história de vida dos sujeitos usuários, privilegiaremos não uma reconstituição cronológica, mas a história a partir de fatos significativos, contextualizados, na tentativa de realizar o que Lefebvre chama de movimento de “detour”, um retorno ao passado que, reencontrado e reconstruído por sucessivas reflexões, volta mais aprofundado, libertado de suas limitações, superado, no sentido dialético. A questão do estabelecimento de vínculos, de um ambiente de confiança e respeito pelos sujeitos, é necessária para que o processo possa se constituir, para que se estabeleçam o diálogo e a reflexão.

[...]. Os instrumentos e técnicas são na verdade estratégias sobre as quais se faz a opção de acordo com o contexto e o conteúdo a ser mediado para se chegar a uma finalidade. Quanto maior nosso conhecimento teórico, mais ampla será nossa cadeia de mediações, maiores as nossas possibilidades de construí-las. Não há dúvidas de que um projeto ético-político antecede e permeia as relações estabelecidas e, na verdade, é este eixo fundamentador que dá cor ao movimento e que o diferencia de outros modos de intervenção, seja qual for a opção estratégica utilizada na intervenção.

[...]. Mediar a categoria trabalho, contemplando o seu movimento, suas metamorfoses, suas contradições e seus nexos de articulação; utilizando, com habilidade conquistada e construída, qualquer técnica ou instrumento, desde que iluminada por referenciais teóricos e por um projeto ético-político, parece ser hoje uma questão fundamental que preocupa, instiga e desafia o Serviço Social.<sup>17</sup>

Desvelar a realidade dos sujeitos demanda olhos que possam ver, conforme traduz Jane Prates, pois nas relações que se estabelecem entre os usuários e o Assistente Social existe a possibilidade de enxergar para além da realidade relatada.

### **Roda de Conversa de 02/06/2015 – Tema: Apresentação e Discussão sobre os direitos dos Usuários da Política de Assistência Social e Saúde**

Na nossa roda de conversa se apresentou um senhor com 72 anos, aposentado pela UNISINOS onde iniciou a sua jornada como trabalhador, era carpinteiro e ao passar dos anos fez curso de vigilante e passou a ocupar esse cargo na universidade. Relata que muito aprendeu com os acadêmicos e com os diálogos que vez ou outra assistia nas salas de aula. Também foi metalúrgico, onde viu três colegas vitimados por acidente de trabalho, esses fatos ocorridos na década de 80. Nessa época não havia possibilidades de socorro imediato, em uma das ocorrências ele passou a noite toda do lado do corpo do colega aguardando clarear o dia para buscar socorro. Falamos sobre as leis existentes no campo do trabalho e no que diz respeito a segurança do trabalhador. A legislação evoluiu, mas a ausência de fiscalização demonstra ainda, um índice alto de acidentes de trabalho.

Na sequência passamos a conversar sobre as políticas de assistência e de saúde, a partir de anexo do TCC da professora Cássia (anexo V) que trazia de forma ilustrada os direitos dos usuários do SUS. A exposição serviu para esclarecer que a Casa Maria é uma instituição assistencial amparada pela Política Nacional de Assistência Social atendendo usuários do SUS – Sistema Único de Saúde. A conversa

---

<sup>17</sup> Trecho do Artigo A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana\* publicado na Revista Textos e Contextos.

\* O presente texto foi apresentado, originalmente, de forma integral, porém com algumas complementações, na Tese de Doutorado da autora.

trouxe muitas revelações que mostram de forma clara o total descaso das secretarias de saúde e de muitos servidores ao atendimento dos usuários. Tratamos que nenhuma das políticas são um favor que o governo leva a sua população e sim um direito que cada um tem de usufruir da assistência social e da saúde como um todo. Lendo alguns direitos nos debruçamos em desdobrar o que significava cada informação, cada acesso, cada direito.

Em cada relato fica nítida a lógica do favor, ou melhor, o clientelismo. Verificamos, através dos relatos dos usuários, a forma despreparada com que alguns servidores recebem e encaminham os procedimentos determinados pelas equipes médicas e hospital, nesse caso são procedimentos encaminhados pelo HUSM.

As secretarias de saúde rotulam os usuários como “gastadores” devido as suas rotinas de ida e vinda para Santa Maria. A equipe de Oncologia do HUSM, bem como da radio e quimioterapia determina o número de sessões que cada um deve ser submetido, muitos tratamentos se dão por 30/40 dias úteis, alguns mais outros menos, cada caso conforme a sua urgência. Nessa rotina são muitas as viagens que devem ser feitas através das secretarias, no transporte de seus usuários para tratamento em Santa Maria, esse serviço deve ser disponibilizado a partir de cadastro e de agendamento prévio. Em alguns casos relatados se verifica o despreparo dos servidores incumbidos desse procedimento, pois muitas vezes tratam o usuário como peso para o sistema e não como sujeitos detentores de direitos, conforme estabelecido em lei que assegura ao sujeito com câncer tratamento adequado e com qualidade de vida. Sendo que as questões burocráticas também refletem no processo de saúde desse usuário bem como no de sua família.

Nesse contexto podemos trazer à reflexão a Política Nacional de Humanização do SUS que surge como uma política articulada com os princípios e ideais do SUS e com as propostas da Reforma Sanitária Brasileira, a partir de experiências que deram certo e de possibilidades que devem ser aprimoradas e multiplicadas para que todos tenham acesso a elas (Brasil, 2009).

A Humanização no atendimento do SUS traz a perspectiva de proporcionar a autonomia e protagonismo dos sujeitos durante o processo de produção da saúde. A construção de vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde também são valores que norteiam essa política (Brasil, 2009, p.6). Podemos entender

que o respeito e a valorização de cada sujeito conforme as especificidades apresentadas, a identificação e sabedoria no trato dessas diferenças são primordiais para o êxito do trabalho dos profissionais de saúde nesse cenário de humanização.

O Assistente Social, um profissional da saúde, devidamente reconhecido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS – nº 18, de 06 de março de 1997, e da Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, fazendo da saúde um dos maiores campos de atuação do profissional em Serviço Social, atua nesse segmento com sua formação profissional direcionada para a perspectiva de humanização, conforme destaca Silva:

Como o assistente social encontra-se capacitado para a identificação dos determinantes sociais e na apreensão das vulnerabilidades sociais que interferem na qualidade de vida e saúde dos usuários, sua colaboração é fundamental para garantir que a pessoa seja vista em sua integralidade e não apenas como um corpo doente, e na viabilização de estratégias para o enfrentamento destes problemas. Neste sentido, sua colaboração e integração em equipes interdisciplinares são fundamentais no processo de ampliação da abordagem aos usuários, de modo que a multidimensionalidade do humano, reconhecida nos princípios da saúde coletiva, fundante da Reforma Sanitária e do SUS, se traduza em alterações nas práticas de saúde e na humanização do atendimento (2008, p.9).

Nesse sentido o profissional em Serviço Social é um membro indispensável com caráter estratégico para a metamorfose das práticas em saúde no que refere a Política de Humanização, propiciando alterações no cuidado com os usuários tendo como objetivo principal a atenção centrada na família destacando a autonomia desse sujeito. Não podemos também deixar de destacar sobre a natureza pública das práticas da saúde, conforme elucida Simões (2012, p. 108) “que por fazer parte do tripé da Seguridade Social, as expressões clientes, clientela e paciente (grifo meu) devem ser excluídas quando nos referimos aos beneficiários da saúde, assim sendo a população atendida pelos serviços públicos de saúde deve ser denominada de usuária, excluída assim da lógica clientelista do pretérito”.

Em uma última análise o destaque para a expressão “vínculos solidários”, olhar o sujeito em sua integralidade é uma trajetória acertada para algumas transformações efetivas no universo da saúde, pois os serviços conseguem se qualificar, a partir da lógica da humanização, pois se assim não fosse não existiria uma política específica, porém são avanços que ainda necessitam de andamentos e interesses políticos. Nessa

lógica, onde as Secretarias de Saúde continuam com Cargos de Confiança, onde a rotatividade de trabalhadores é uma realidade posta e a terceirizações dos serviços imperam dentro das unidades básicas e hospitais que são referência em tratamento oncológico, bem como em grande parte do serviço de saúde, torna-se um tanto trabalhoso levar saúde pública de qualidade à população usuária.

O trabalhador da saúde tem urgência de uma gestão comprometida com sua valorização profissional, reconhecimento de suas ações para o sucesso no aprimoramento das políticas de saúde como um todo, mas em destaque aqui, a Política de Humanização. Plano de carreira, salários, condições de trabalho são alguns dos temas que perpassam a valorização profissional.

Sabemos que toda a problematização está definida no papel, que são necessários ajustes, afinal de contas nada é estático, tudo se transforma, a realidade é dinâmica, mas precisa sair desse âmbito teórico legal para a realidade.

### **Roda de Música de 09/06/2015 – Atividade apresentada pelo Assessor de Comunicação da Casa Maria**

Iniciamos com uma roda de conversa até a chegada de nosso convidado, havia dois novos usuários que fizeram suas apresentações e trouxeram as dificuldades diante do tratamento. O convidado ao chegar montou seu equipamento, que nada mais era do que um suporte para a consulta de canções que ali seriam apresentadas trouxe seu violão e passou a apresentação. O Assessor de Comunicação é graduado pela Faculdade de Comunicação Social – FACOS com Habilitação em Publicidade e Propaganda. Relata que foi convidado para trabalhar na Casa Maria por ter tido um trabalho anterior em outra entidade assistencial que também atendia portadores de neoplasia maligna.

Falou sobre os procedimentos da gestão da Casa Maria, da sua transparência nas ações efetivadas e na arrecadação e destinação de recursos. Ressaltou a transparência do trabalho da coordenação e a seriedade com que estes e os profissionais envolvidos conduzem o atendimento aos usuários. Falou um pouco sobre a propaganda produzida por ele que está veiculando na mídia televisa local, destacou a

participação dos usuários como sendo importante na divulgação dos serviços prestados pela casa. Nesse contexto trazido pelo assessor de comunicação, vale ressaltar a forma como a instituição passa a sua imagem, prevalecendo em sua fala a ideia de “benefício” e de “ajuda” prestada pela Casa Maria, não existe compromisso de esclarecimento ao usuário sobre o papel institucional da entidade. Essa deve ser a reflexão proposta, pois o Assistente Social deve informar o usuário de forma clara e em linguagem simples, que a entidade beneficente está substituindo o papel do Estado que deveria ser o provedor de toda a condição de saúde da população, não como benesse e sim como direito. As Organizações Não Governamentais exercem a função do Estado de forma seletiva e muitas vezes num viés de simples reprodutor de serviços.

Logo em seguida deu-se início a música. No início os usuários sentiram-se um tanto tímidos, mas depois à medida que a apresentação era desenvolvida eles foram interagindo, cantarolando as letras. Alguns ficavam em silêncio observando, pareciam estar com o pensamento ao longe retomando lembranças. O momento da música demonstrou o quanto ela age no íntimo do ser humano, ainda que por breve tempo, mas é como se aqueles momentos tivessem analgésico para a alma.

Nós já ouvimos várias reportagens e publicações a respeito da música como terapia no combate a dor, porém a experiência que se vivenciou demonstra na prática dessa afirmativa científica. Sobre a música no alívio da dor:

Estudos comprovam que no aspecto fisiológico, a música é capaz de interferir na batida cardiovascular, no sistema respiratório e na tonicidade muscular, Marly Chagas, psicóloga e supervisora do Projeto Musicoterapia em Oncologia, no INCA, defende os benefícios da atividade para os tratamentos clínicos. Em relação à questão emocional, por exemplo, a utilização terapêutica da música é capaz de diminuir a ansiedade, o desconforto e mesmo a dor. “Entre a dor e a música, o cérebro prefere a música”, afirma Marly, acrescentando que pode haver até diminuição no tempo de internação, além de um melhor entrosamento do paciente com seus familiares e com as equipes profissionais (FONTE: INCA).

O Assistente Social com ações interventivas que impulsionam o sujeito ao protagonismo denota a sua importância e de seus processos de trabalho dentro do âmbito da saúde e da assistência, trazida aqui com destaque pela Casa Maria. O trabalho incessante para distanciar as práticas que tem cunho exclusivo de burocracia e emergência, não menos importante, mas devem ter o respaldo também de ações



com o objetivo de identificar alternativas de fortalecimento dos sujeitos, aumentando sua autonomia nesse processo saúde/doença.

Na compreensão da realidade perpassando pelo método dialético crítico demonstra a sua importância para a apreensão da realidade da Questão Social, uma vez que desvendar o que está por trás do aparente é uma realidade para o assistente social, para tanto Prates (2003, p. 12) salienta a necessidade de o assistente social entender como a questão social se manifesta no cotidiano dos sujeitos, possibilitando a construção de alternativas de enfrentamento.

Se impõe necessário, para domínio de todos esses desafios, caminhar para além da prática assistencialista e fragmentada, trazendo como norteador a articulação com as dimensões profissionais – ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa<sup>18</sup> do Serviço Social.

### **Roda de Conversa de 16/06/2015 – Tema: Dinâmica de Relaxamento – Convidada Terapeuta Ocupacional UFM**

Iniciamos o nosso trabalho, reunidos na sala e com novos usuários, o assessor de comunicação da Casa com seu violão para participação do relaxamento dirigido pela terapeuta ocupacional. No primeiro momento os usuários que chegavam pela primeira vez fizeram as suas apresentações e um breve relato sobre a situação de adoecimento de cada um deles, as suas origens e sua programação para a estadia em razão do tratamento.

Após a conversa a dinâmica de relaxamento iniciou com um solo de violão onde os usuários se colocaram à vontade, bem acomodados em seus lugares, olhos

---

<sup>18</sup>Conforme Fraga (2010, p. 47) Esse arsenal de conhecimentos ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo do qual o assistente social precisa apropriar-se no seu âmbito de atuação profissional varia, desde os considerados específicos, decorrente da área de Serviço Social propriamente dita, como também apropriações sobre legislações (principalmente a relativa à legislação social voltada para a criança e o adolescente — ECA; idoso — Estatuto do Idoso; SUS — Sistema Único de Saúde; Loas — Lei Orgânica de Assistência Social; Sistema Único de Assistência Social — Suas; Suas/RH; Política Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiência — PPD; Lei de Diretrizes e Bases — LDB); políticas sociais, conhecimento e habilidade de trabalhar em equipes, interfaces com poder público local, articulação de redes e com instâncias locais diversas, o que requer, além da formação generalista, apropriações aprofundadas dependendo da inserção sócioocupacional.

fechando, buscando esvaziar a mente e ficar somente com o som do violão e a voz, ao fundo da terapeuta.

O objetivo do relaxamento é trazer um momento de descanso para aliviar as tensões oriundas da rotina dos usuários. Estamos tratando de um cotidiano de viagens, consultas, exames, cirurgias, tratamentos, enfim o enfrentamento da doença desgasta o sujeito tanto fisiologicamente como psicologicamente.

Ao final da dinâmica, os relatos foram variados, mas todos conseguiram concluir o passo a passo ditado pela profissional, para que seus pensamentos pudessem se deslocar de acordo com sua fala. Trouxe harmonia para o ambiente e alívio para os usuários.

Encerramos o trabalho do Grupo Criando Laços, uma vez que este encontro estava programado para ser o último do projeto. A convidada esteve pela segunda vez conosco, participando do projeto por solicitação dos usuários, uma vez que a proposta do Grupo era de que os temas seriam desenvolvidos de acordo com a necessidade e demanda dos seus membros. Aprendemos que para intervir é preciso ouvir o usuário, todo o trabalho a ser desenvolvido deve ter a sua participação enquanto partícipes do processo, pois ao contrário os resultados tendem a ser desastrosos ou o projeto nem sair do papel.

O grupo Criando Laços foi projetado a partir de uma demanda existente na Casa Maria devido ao envolvimento direto da profissional em Serviço Social no processo de gestão da Casa desde a sua fundação, pois esta foi parte de sua construção e consolidação, pois a Casa Maria é uma instituição reconhecida pelo seu trabalho assistencial. Os desafios da gestão são muitos, dentre a eles a captação de recursos para que os usuários tenham mantidos seus benefícios assistenciais.

Como já trazido em outros documentos o Serviço Social trabalhou basicamente com o plantão social dado ao acúmulo de tarefas desta profissional diante de vários compromissos e responsabilidades a ela atribuída. Embora estejamos tratando com uma profissão liberal e autônoma, estamos também tratando de profissional trabalhadora com vínculo empregatício que vende sua força de trabalho e que tem seu processo de trabalho determinado pela instituição.

Nesse cenário estar presente no cotidiano dos usuários tornou-se um desafio e conseqüentemente deixou uma lacuna no fazer profissional, pois no caso da Assistente Social da Casa Maria além da gestão havia a necessidade de um trabalho de fortalecimento de vínculos para com os usuários por todas as adversidades enfrentadas pelos sujeitos portadores do câncer. Muito embora a gestão seja atribuição Assistente Social, devido à precarização do trabalho, a demanda significativa e as deliberações que eram inerentes à função, esse objetivo estavam ficando de lado.

O projeto de intervenção Criando Laços levou aos usuários a possibilidade de se reconhecer, de reconhecer o outro enquanto sujeito, através do diálogo e da escuta que foram estabelecidas durante os encontros. A intencionalidade impressa no fazer profissional atua na transformação dos sujeitos, assim como o instrumental técnico-operativo deve ser impresso a partir de cada realidade, para Turck (2012, p. 14):

para o Serviço Social o instrumental qualitativo se compõe pelos instrumentos e pelas técnicas organicamente articuladas como unidade dialética e se constitui como estratégia metodológica. E criatividade, subjetividade, habilidade e intencionalidade devem estar alinhadas aos fundamentos do Serviço Social.

Dessa forma criatividade e proposição andam sempre de mãos dadas com o profissional em Serviço Social para que ao apreender a realidade posta dos sujeitos nos mais diversos campos profissionais a atuação possibilite a emancipação dos usuários

#### **4.4 Avaliação**

A avaliação foi realizada através do monitoramento das ações efetivadas no grupo através de dados qualitativos.

Os dados qualitativos foram mensurados através de um questionário aberto, sem um roteiro pré-definido, estabelecendo como referência os objetivos específicos do projeto, para que assim fosse possível avaliar a contribuição do Grupo Criando Laços para os usuários da Casa Maria no processo de enfrentamento da neoplasia maligna.

Para avaliar o efeito que esse trabalho de grupo trouxe para os usuários da Casa Maria, foi aplicado um questionário em momentos diferentes, pois a rotatividade é uma realidade em razão dos horários de atendimento no HUSM tanto de consultas como de tratamento.

Os usuários foram questionados sobre a importância desses encontros semanais: a resposta “muito bom” foi unânime. Se tivesse uma nota de 5 a 10 qual seria? Para todos a resposta foi a mesma, nota 10. Necessidade de continuidade dos encontros, também respondido por todos que “deve continuar”. Qual o motivo da continuidade? Expressaram da seguinte forma “é um momento de esclarecimento, de troca de experiência além do bem que música traz”. A regularidade dos encontros, uma vez por semana, para a maioria está ótimo e para 2 usuários deveria ser mais de uma vez por semana, “não pode parar”.

Podemos verificar que no caso dos usuários da Casa Maria, o projeto de intervenção Criando Laços teve aspectos extremamente positivos, levando aos sujeitos momentos para além de suas realidades cotidianas.

A experiência com a música é uma contribuição deixada pelo Grupo Criando Laços, pois foi a partir da proposição desse trabalho dentro do projeto, que essa roda de música ficou na agenda semanal dos usuários da Casa Maria.

O Serviço Social em seu caráter propositivo e crítico da realidade, em um trabalho como o de fortalecimento de vínculos, utiliza seu instrumental técnico-operativo para além da democratização das informações e de encaminhamentos, nesse processo de fragilização pode e deve contribuir para o pertencimento de seus usuários, norteado em toda a trajetória pelo projeto ético-político da profissão e constante aperfeiçoamento para que a alienação não se instale nos serviços e que sejamos meros reprodutores de regras e sim partícipes de um processo de emancipação humana.

#### **4.5 Os desafios profissionais do Assistente Social na efetivação dos direitos sociais no Terceiro Setor**

Após fazermos um recorte sobre o Terceiro Setor e seu real papel na sociedade explicitando que sua função tem por objetivo a desresponsabilização do Estado no que diz respeito às políticas sociais, brevemente devemos refletir sobre a atuação do Assistente Social neste espaço sócio ocupacional.

O processo contínuo e dinâmico de reordenamento da ação e produção a partir do social nos espaços das diversas formas organizacionais, destaca-se a complexidade e os desafios da ação do profissional tanto na compreensão da realidade social, como também na inserção nos contextos organizacionais.

O Serviço Social na contemporaneidade atua também na gestão sócio institucional, não somente para execução de políticas sociais, mas para uma base organizacional na função administrativa das próprias políticas sociais ou desenvolvimento institucional e organizacional, constituindo, portanto, num compromisso profissional e ético.

O Terceiro Setor, surge com objetivo de fortalecer o neoliberalismo e suas políticas flexibilizando as relações de trabalho, afastando o Estado de suas responsabilidades constitucionais, regulando o social entre o conflito capital trabalho.

Nesse processo de desresponsabilização do Estado e transferência para a sociedade dos serviços sociais, temos assim instalada a fragmentação das políticas e a sua precarização, suprimindo de forma focalizada, seletiva e paliativa as necessidades dos usuários.

O Serviço Social neste segmento tem desafios constantes em seu exercício profissional, como o enfrentamento das ações neoliberais “que se consolida a perda dos direitos sociais e a desumanização do ser social” (IPEA, 2011, p. 11), pois essas organizações trabalham a lógica da filantropia com a retirada do Estado.

Sendo assim, o Assistente Social passa a atuar na lógica da filantropia, ou seja, prática da caridade e no desenvolvimento da solidariedade, pois a (re) filantropização está formatando-se como uma nova forma de intervenção nas refrações da questão social. Nessa lógica nos faz pensar que o Serviço Social atua através da refilantropização, o que representaria a volta das ações de caridade e voluntárias, entretanto Montaño nos alerta:

Se entendermos a emergência do Serviço Social como produto histórico, síntese de lutas de classes condensadas no projeto hegemônico burguês,

quando o Estado toma para si a resposta das sequelas da “questão social” e dentro da divisão sociotécnica do trabalho a tese de o Serviço Social evoluir (como organização e profissionalização) da caridade e da filantropia é rejeitada; não há evolução ou continuidade direta entre a filantropia e Serviço Social, e sim ruptura, descontinuidade. Neste sentido, a reforma (neoliberal) do Estado não promove “refilantropização do Serviço Social”. Se este último não surge, não evolui daquela, mal poderia retornar àquilo que nunca foi. Não há, portanto, uma passagem paulatina de práticas profissionais dos assistentes sociais para práticas filantrópicas dos mesmos. O que se processa, na verdade, é *uma perda do espaço profissional-ocupacional dos assistentes sociais*, que deixa lugar a – porém não evolui em – *um aumento das práticas filantrópicas* (1999, p. 73).

Essa mudanças no cenário social atual reforçar a ideia de (re)filantropização traz sérios rebatimentos para o usuário onde vimos reduzido o conceito de direito social, essa lógica traz inúmeras perdas para a categoria.

Nesse contexto contraditório, o Assistente Social deve permanecer em constante aprimoramento, estabelecendo uma análise crítica da realidade e em constante busca de estratégias que oportunizem o enfrentamento do projeto neoliberal, “a fim de legitimar-se mediante a tendência devastadora da “área social” (IPEA, 2011, P.11)

O Projeto Ético Político do Serviço Social - PEPSS se expressa em três dimensões: Código de Ética Profissional, Lei de Regulamentação, Diretrizes Curriculares, bem como nas várias legislações vigentes relativas ao Serviço Social –, a dimensão organizativa representada pelas entidades da categoria e a produção de conhecimento na área, sendo este o norteador do fazer profissional do Assistente Social. Todos os aspectos citados expressam o atual projeto profissional crítico do Serviço Social, e a materialização deste proporciona ao profissional “estabelecer alianças e parcerias na defesa de valores e princípios comprometidos com a emancipação humana” (RAMOS, 2009, p. 42).

Neste caso ressaltar a importância do Projeto Ético-político do Serviço Social - PEPSS como sinalizador para sustentar as ações voltadas para a classe subalterna nunca é demasiada, sendo que este deve ser o norteador do exercício profissional que o assistente social irá realizar para o enfrentamento da realidade social, de forma crítica e propositiva, realizando a análise e o reconhecimento de valores que estão voltados para outro projeto de humanidade, conforme nos esclarece:

a formulação de um projeto crítico à sociedade burguesa é uma demanda dos segmentos da sociedade que recebem os serviços prestados pelo assistente social, e não apenas uma condição de grupos ou do coletivo profissional (GUERRA, 2007, p. 9).

Assim sendo o Projeto Ético - Político do Serviço Social – PEPSS marca toda a categoria profissional para além do coletivo profissional, tendo a classe trabalhadora a maior demandante da intervenção do Serviço Social.

No cotidiano profissional vários aspectos tornam inviável a ação profissional, porém ser criativo, comprometido com o fazer profissional, assim como a realidade ser analisada de forma crítica, aprofundando o conhecimento, deverá possibilitar – a partir da autonomia (ainda que relativa) – ações que possibilitem a transformação, através de ações propositivas, se distanciando do trabalho técnico e mecânico.

O desafio se estabelece primeiramente devido ao movimento contraditório, onde temos de um lado uma categoria profissional que tem lado, posicionamento crítico, que historicamente luta pela ruptura com o conservadorismo e de outro um Estado que entende como única possibilidade “viável na conjuntura atual, alternativas que privilegiam a perspectiva privada na garantia de mínimos sociais, desconstruindo a ideia de direito na garantia das políticas sociais (BONFIM, 2010, p. 274).”.

Para tanto o Serviço Social deve:

recuperar a centralidade estudos e pesquisas que possam apreender o trabalho profissional em suas múltiplas inserções, relações e alternativas no cenário atual, no contexto das transformações que se processam na esfera do trabalho de produção de bens e serviços sociais, nos âmbitos públicos e privados (RAICHELLES, 2010, p. 769-770).

Os desafios profissionais estão contidos nessa lacuna deixada pelo Estado diante da transferência de responsabilidade para o Terceiro Setor, esse sistema de parceria público-privada que fragmenta os serviços e tem caráter seletivo não ultrapassando a barreira do clientelismo intrínseco na sociedade capitalista. Essa continuidade da ideia de favor emperra o movimento emancipatório, colocando os profissionais que atuam nas entidades assistenciais em constante enfrentamento com a realidade excludente imposta por um sistema capitalista descomprometido com sua população que necessita da Política de Assistência Social.

Nesse cenário de fragmentação e seleção o Assistente Social no seu cotidiano busca o enfrentamento das refrações da Questão Social amparado pelo seu Projeto Ético-Político e na sua permanente formação e capacitação profissional, na construção teórica através das pesquisas que buscam a partir da necessidade expressa pelo usuário, propor e executar um projeto interventivo conforme a realidade narrada e vivenciada pelos sujeitos, levando a estes também a informação, sendo que a linguagem torna-se uma ferramenta importante nesse processo de construção que possibilita o empoderamento dos sujeitos enquanto seres sociais, inseridos na sociedade.

Parafraseando Raichellis (2010, p. 770) “é na contracorrente do instituído que a categoria dos assistentes sociais vem construindo uma história de lutas e de resistência, apostando no futuro, mas entendendo que ele se constrói agora, no tempo presente”.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de estágio possibilita apreender a realidade fora dos muros da academia, vivenciar o cotidiano de sujeitos fragilizados e excluídos da sociedade em razão de suas vulnerabilidades, tanto econômicas quanto sociais, remete a reflexão do fazer profissional e a articulação com o projeto ético político do Serviço Social.

Não são dissociadas a teoria e a prática, tão pouco parece possível a compreensão da realidade dos sujeitos sem conhecer e trabalhar o método dialético crítico. Compreender os sujeitos em suas especificidades exige o uso de instrumentais técnicos específicos do Serviço Social, mas que também podem e são efetivamente utilizados por outras áreas do conhecimento, entretanto o Assistente Social possui competências e atribuições próprias para intervir nas refrações da questão social.

A realidade retratada neste trabalho a partir da vivência no ambiente da Casa Maria, entidade beneficente sem fins lucrativos, amparada pela Política de Assistência Social que atende usuários da Política de Saúde, demonstra o quanto ainda temos de permanecer firmes no enfrentamento da fragmentação das políticas públicas e da desresponsabilização Estatal que vem sendo cada dia mais presente em nossa sociedade.

Os usuários dos serviços oferecidos pela Casa Maria, não possuem a percepção de que estão acessando um direito constitucional muito menos que esta casa está sendo mantida pela sociedade civil e tem o dever de atender de forma universal e transparente. Essa realidade fica latente no diálogo com os usuários, que colocam a Casa Maria como uma “benção divina”, “aqui estou no céu”. As demonstrações de gratidão pelo serviço deixam expressa a ausência de conhecimento no que tange aos direitos sociais.

Nesse cenário a contradição se estabelece e a reflexão e problematização do exercício profissional deve ser amplamente debatido. Estamos tratando de uma entidade do Terceiro Setor, campo que cresce rapidamente e também um dos que mais emprega Assistentes Sociais, nessa lógica precisa retomar discussões para que enquanto profissional a alienação não encontre guarida no cotidiano do trabalho, para que não sejamos tecnicistas, meros cumpridores de regras institucionais.

Sabemos que o Assistente Social é um trabalhador, conforme trazido anteriormente, um vendedor de sua força de trabalho, entretanto esse profissional/trabalhador possui uma categoria organizada e um Projeto Ético Político que deve ser o condutor das ações profissionais, sem deixar de ressaltar a educação

permanente, pois o mundo, os sujeitos, as nações e sociedades vivem em constante metamorfose, exigindo cada vez mais o saber no exercício profissional.

O Assistente Social nesse cenário, onde é empregado deve estar em permanente análise da realidade, comprometido e principalmente, atuando nas esferas de controle social, compondo com os demais profissionais das mais variadas áreas do conhecimento, uma frente de trabalho para a construção de uma sociedade mais justa, equânime e com justiça social, para tanto, trabalhar com a linguagem socializando informações junto aos usuários para que estes possam atingir a sua emancipação para tornarem-se partícipes dessa construção coletiva.

Muitos são os desafios presentes nos campos de trabalho do Assistente Social e para além do campo, também estamos vivendo um cenário político nacional de enfraquecimento latente dos direitos sociais, tornando a incerteza uma constante no dia a dia de trabalho, mas esta categoria se desconstruiu e reconstruiu em situações políticas bastante perversas, como o período ditatorial, sendo assim deve buscar no seu processo histórico de luta e ruptura com o paternalismo arraigado na sociedade brasileira, a força para permanecer crítico e propositivo na defesa intransigente dos direitos humanos, equidade e justiça social.

Assim diante de todo o processo de estágio I e II foram muitas as reflexões e os debates sobre os mais variados temas, a política de saúde, de assistência social, os determinantes legais, o despreparo dos profissionais nos campos da Saúde e da Assistência Social e o descumprimento de leis que garantem acesso amplo e irrestrito aos usuários da saúde e também o ser e fazer profissional, além da formação permanente.

Os norteadores do fazer profissional devem ser a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética profissional que tem como princípios fundamentais: o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas e ela inerentes – autonomia, emancipação, e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; defesa da democracia e posicionamento em favor da equidade e justiça social, têm também o desafio de enfrentar uma sociedade conservadora que ainda não compreendeu que temos uma Carta Constitucional que determina que todos são iguais perante lei, garantindo a laicidade do Estado, a liberdade e a democracia e que as oportunidades deverão ser para todos.

Temos a possibilidade na contrapartida de compreender que essa sociedade conservadora viveu em tempos ditatoriais, Estado mínimo para os direitos sociais, pobreza como caso de polícia, trabalhou em prol do capital, marginalizando aqueles que não possuíam as mesmas oportunidades, e que o Estado Democrático de Direito é jovem, mas que paulatinamente vai se reconstruindo ao romper com o pretérito opressor e ditatorial.

Nesse contexto podemos estabelecer o que queremos enquanto acadêmicos para uma profissão voltada à liberdade, democracia e justiça social. Não podemos permitir que a ilusão se apodere de nossa razão, pois os desafios são muitos e o trabalho deve ser coletivo, mas que a academia esteja para além de seus muros, que os profissionais possam manter-se em formação permanente, em espaços públicos de deliberações e ocupando funções onde fique demarcado o seu papel enquanto profissional comprometido com seu objeto de trabalho.

O projeto de intervenção Criando Laços demonstrou a complexidade do trabalho profissional, os dilemas e os desafios do Assistente Social em uma entidade sem fins lucrativos, um campo da assistência social que presta atendimento aos usuários da saúde.

Nesse sentido o profissional em Serviço Social está inserido nesse segmento e desafiado diariamente a contrapor a lógica do favor que paira sobre a administração dessas instituições e continuar trabalhando na efetivação de direitos constitucionais, informando os usuários, buscando inseri-los nos espaços de controle social para que a emancipação e protagonismo seja uma realidade.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica. **O trabalho do Assistente Social nas organizações privadas não lucrativas.** In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Art. 5, 194, 196 a 200 Brasília, DF, 1988.

\_\_\_\_\_. 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\\_social.pdf?MOD=AJPERES](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/631565004eb6925285e097f11fae00ee/13_social.pdf?MOD=AJPERES)> Acesso em Julho de 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do SUAS.** Brasília, DF, 2005. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/norma-operacional-basica-do-suas.pdf>>. Acesso em Maio de 2015.

\_\_\_\_\_. **Cronologia Histórica da Saúde no Brasil.** Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica> Acesso em Junho de 2015.

\_\_\_\_\_. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília, DF, 2013 Disponível em <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)> Acesso em Junho de 2015

\_\_\_\_\_. **Cadastro Único.** Disponível em <<http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>> Acesso em Outubro de 2015

\_\_\_\_\_. **O Serviço de Proteção e Atendimento à Família – PAIF, segundo a Tipificação de Serviços Socioassistenciais.** 1ª ed. Brasília, 2012. Disponível em <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/Orientacoes\\_PAIF\\_1.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_1.pdf)> Acesso em Abril 2015.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do PNI**. Disponível em <<http://pni.datasus.gov.br/>> Acesso em Novembro de 2015.

\_\_\_\_\_.Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

\_\_\_\_\_.Lei 8490, de 19 de novembro de 1992. **Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências.**

\_\_\_\_\_.Lei 8742, de 07 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências.**

\_\_\_\_\_.Lei 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 13.109, de 31 de julho de 2014. **Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n<sup>os</sup> 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999.**

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. 2<sup>a</sup> ed. Brasília: Ivanete Boschetti, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elisabete; et al (org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2014. Capítulo I - p. 88 a110.

BONFIM, Paula. **Entre o público e o privado: as estratégias atuais no enfrentamento à questão social**. Rev.Katal. Florianópolis, v.13, n.2, p. 270-275, jul./dez. 2010.

CAMARGO, Marisa. **A Reprodução Social da Saúde: referências ao processo de trabalho em Serviço Social em uma residência integrada em saúde**. Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 6, n.1, p. 81-92, jan/jun 2007.

CARDOSO, Priscila. PRA, Keli Regina Dal. **A intervenção profissional do assistente social no eixo de planejamento e gestão:** uma discussão a partir da experiência na coordenação de um serviço de assistência social no âmbito da Proteção Social Básica. *Textos e Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 129-141, jan./jul. 2012.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. **A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico.** *Revista Brasileira de Oncologia*. Rio de Janeiro, v. 54, n.1, p. 87-96, mai/nov. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, DF: CFESS, 2010.

CARTILHA DO USUÁRIO DO SUS. **Direitos e Deveres dos Usuários. Princípios do SUS.** Material base retirado do Trabalho de Conclusão de Curso. Serviço Social UNICRUZ. Cassia Engress Mocelin.

\_\_\_\_\_. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social. Disponível em <[www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/diretrizescurriculares](http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/diretrizescurriculares)> Acesso em Agosto de 2015

FAGUNDES, Helenara Silveira. **O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais.** In: *Revista virtual Textos & Contextos*, ano V, n. 6, dez. 2006. Disponível em: <[www.pucrs.com.br](http://www.pucrs.com.br)>. Acesso em Junho 2015.

FRAGA, Cristina Kologeski. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social.** *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

GAVIRAGHI, Fábio Jardel. **Seguridade Social II: Saúde.** Iº semestre – 2014 CESH/UFSM. I dispositivo color.

GARCIA, Marcelo. **Assistência Social no Brasil: como chegamos até aqui.** NOB/RH Comentada. 2012. Disponível em <<http://www.marcelogarcia.com.br/nobrhcomentada.pdf>> Acesso em Outubro 2015.

GONÇALVES, Ana Maria. PERPÉTUO, Susan Chiodo. **Dinâmica de grupos na formação de lideranças.** Rio de Janeiro. Editora: DP& 6ª ed. 2001.

GUERRA, Yolanda. **O Projeto Profissional Crítico**: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 91. São Paulo: Cortez, 2007.

HOLFING, Eloísa de Matos. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Cadernos Cedes, ano XXI, n.55, 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.ph.?pid=s0101-32622001000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.ph.?pid=s0101-32622001000300003&script=sci_arttext)> Acesso em Outubro de 2015.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional** - 24. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IPEA. **Desafios contemporâneos acerca do terceiro setor e serviço social**: entre o novo trato da questão social e a negação da solidariedade de classe. <Disponível em <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo12.pdf>> Acesso em Outubro de 2015.

JACOBY, Marcia; SPEROTTO, Neila; TURCK, Maria da Graça. **Processo de Trabalho do Serviço Social IV**. Cadernos Universitários nº 083 Canoas: ed. ULBRA, 2003.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social**: Desafios para a Formação e Exercício Profissional. Disponível em <<http://www.ufal.edu.br/noticias/2008/10/roda-de-conversa-acontece-nesta-quarta-29/estagio.pdf>> Acesso em Novembro de 2015.

LONARDI, Eliana. GIMENES, Junia Maria. SANTOS, Maria Lucia dos. **O Processo de afirmação da Assistência Social como política social**. Disponível em <[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2\\_sonia.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2_sonia.htm)> Acesso em Maio de 2015.

MACHADO, Graziela Scheffer. **O Serviço Social nas ONGs no campo da saúde**: projetos societários em disputa. Serv. Soc. Soc. São Paulo, n.102, p. 269-268, abr/jun 2010.

MENEGASSO, Maria E. **Terceiro Setor e Responsabilidade Social das Organizações**. In.: Mini Curso. Florianópolis, 2001.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **Das “lógicas do Estado” às “lógicas da Sociedade Civil”**: Estado e “terceiro setor” em questão. In: revista Serviço Social e Sociedade, n. 59. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** São Paulo: Cortez, 2002.

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

POLIGNANO, Marcos Vinicius. **A História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão.** Mato Grosso, 2012. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em Setembro de 2015.

PRATES, Jane Cruz. **O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária.** Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p.116-128, jan/jul 2012.

\_\_\_\_\_. PRATES, Jane Cruz. **O Método em Marx e a Pesquisa Social.** 2015. I dispositivo color.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera e Conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática** – 6. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. RAICHELLIS, Raquel. **Intervenção Profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010.

RAMOS, Sâmya Rodrigues. **Projeto profissional e organização política do Serviço Social brasileiro: polêmicas e desafios.** Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009. Disponível em < <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-047.pdf> > Acesso em outubro de 2015.

SILVA, R. C. P. ARIZONO, D. A. **A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social.** Revista Ciências Humanas – UNITAU- Brasil, v 1, n 2, 2008. <Disponível em <http://periodicosunitau.br>> Acesso em Julho de 2015.



SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 6ª ed. Cortez, São Paulo: Cortez, 2012.

SIQUEIRA, Luana. **A pobreza como “disfunção” social**: a culpabilização e a criminalização do indivíduo. *Argumentum*, Vitória(ES), v.6, n.1, p. 240-252, jan./jun./2014. Disponível em <periodocos.ufes.br> Acesso em Junho 2015.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise; et al (org). 12 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, Fleury Sonia. **Reflexões Teóricas sobre a democracia e Reforma Sanitária**. In: Reforma Sanitária em busca de uma Teoria. Teixeira, S.F. (org.). São Paulo. Cortez. Rio de Janeiro: Associação brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TRINDADE, Monica Maria Nunes da. **Famílias**: Uma Experiência de Trabalho com Grupo. *Revista Ciências Humanas*. Universidade de Taubaté (UNITAU), v. 1, n.2, 2008.

TURCK, Maria da Graça. **Grupo Operativo**: Pressupostos teórico-metodológicos de Enrique Pichon-Rivière. In JACOBY, Márcia; SPEROTTO, Neila; TURCK, Maria da Graça. **Processo de Trabalho do Serviço Social IV**. Cadernos Universitários nº 083 Canoas: ed. ULBRA, 2003.

VASCONCELOS, Ana M. et al. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org.). *Serviço Social e Saúde*. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde**. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, 2013.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e prática reflexiva**. *Em Pauta*, Faculdade de Serviço Social, UERJ, n. 10, 1997.

ZIMERMAN, David E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

## **ANEXOS**

**ANEXO I – FICHA SOCIAL**

## **ANEXO II – DIAGNÓSTICO SOCIAL**

**ANEXO III – FICHA RECIBO DE BENEFÍCIOS**

## **ANEXO IV – COMO PERCEBO A REALIDADE**

## **ANEXO V – OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS**