



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

VIVIANE ALVES DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS À SAÚDE DOS
USUÁRIOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)**

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

VIVIANE ALVES DA SILVA

O SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS À SAÚDE DOS USUÁRIOS
COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

Monografia apresentada à UFT - Universidade Federal do Tocantins – campus universitário de Miracema do Tocantins para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof. Dr^a. Célia Maria Grandini Albiero

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- S586s Silva, Viviane Alves da.
O Serviço Social na efetivação dos direitos à saúde dos usuários com doença renal crônica (DRC). / Viviane Alves da Silva. – Miracema, TO, 2019.
76 f.
- Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2019.
Orientadora : Célia Maria Grandini Albiero
1. A política de saúde. 2. Serviço Social 3. Direitos Sociais 4. Doença renal crônica. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

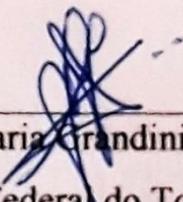
VIVIANE ALVES DA SILVA

O SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS À SAÚDE DOS USUÁRIOS
COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

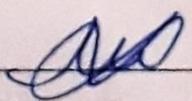
Monografia apresentada à UFT - Universidade Federal do Tocantins – campus universitário de Miracema do Tocantins para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof. Dr^a. Célia Maria Grandini Albiero

Data de Aprovação 01 de Março de 2019

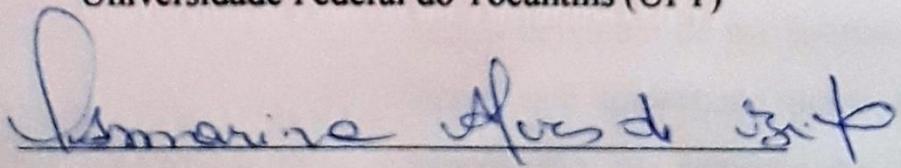
Banca examinadora:



Prof.(a) Dr.(a) Célia Maria Grandini Albiero (Orientadora)
Universidade Federal do Tocantins (UFT)



Prof.(a) Mestre Gislene Ferreira da Silva Araujo (Examinadora)
Universidade Federal do Tocantins (UFT)



Prof.(a) Especialista Osmarina Alves de Brito (Examinadora)
Assistente social do Hospital Geral de Palmas (HGP)

Dedico este trabalho à minha família, que nunca deixaram de me incentivar para que eu desse este importante passo da minha vida. Vocês são os responsáveis pela realização desse sonho. Amo muito vocês!

Ao meu companheiro, Alex, que sempre acreditou em mim e não me deixou desistir. Te Amo!

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por estar sempre presente na minha vida e por ter iluminado o meu caminho durante toda essa jornada;

Ao meu Pai Gilson que antes de sua partida para ao lado do nosso Deus, sempre me incentivou a estudar e nunca desistir, pois eu sei que esse sonho era mais dele do que meu, essa conquista é nossa, saudades pai te amo.

À minha mãe Ivanilde por todo amor, dedicação, apoio e por acreditar na minha capacidade. Você realmente é um exemplo pra mim.

Aos meus irmãos Wenes, Samara e Natal, por vocês eu tenho todo amor do mundo, são meu porto seguro, obrigado por sempre estarem ao meu lado. A minha sobrinha e afilhada que muito amo, Thayná Suellen que sempre ligava pra titia perguntando se estava estudando, porque estava com saudades, minha “purpurina”.

Ao meu companheiro, namorado e amigo Alex, por sempre estar de mãos dadas comigo nessa trajetória acadêmica, sempre me fortaleceu e nunca deixou de ficar ao meu lado nos momentos felizes e tristes dessa caminhada, te amo.

A toda minha família em geral, tios, tias, primos, a todos o meu sincero agradecimento pelas palavras de apoio e incentivo, vocês são muito importantes nesse momento da minha vida.

Ao meu amigo e segundo pai, Sr. João Coelho, que sempre me acolheu como sua filha em sua casa, sempre quando precisei nunca me negou carinho e atenção, obrigada pelas ligações, pelos conselhos e claro as broncas rrsrrs (risos) que nunca faltou, porque quem ama se preocupa obrigado por tudo.

A minha amiga Diana Coelho, que nessa trajetória acadêmica nos tornamos mais que amigas, irmãs! Você é umas das melhores pessoas eu poderia ter conhecido na vida, uma pessoa que sempre esteve ao meu lado, não só na universidade mais em todos os momentos durante esses cinco anos de irmandade, obrigado por tudo, te amo.

Aos meus amigos Nathália, Laryssa Morais, Indianaria, Kelly, Welton, Layane, Patricia, Lizania, Amanda, Deivid que muitas vezes me ligavam para sair e por motivos acadêmicos eu recusava, me desculpem por muitas vezes ter sido ausente, eu sei que vocês compreenderam sempre e me apoiaram, vocês são demais, amo todos.

A minha segunda família, Tiana, Poliana, vó Agostinha, por me acolherem em sua casa, sendo compreensíveis com minha falta de tempo para os afazeres de casa, me ajudando quando podiam, obrigado por tudo.

Quero agradecer aos motoristas da UFT Gilvan e Damião por terem sido pacientes comigo durante esses dois anos de estágio, que não foram fáceis, por muitas vezes me fizeram sorrir, obrigado pelos diálogos no trajeto até o estágio, obrigado por ter aturado minhas brincadeiras, e minhas cantorias rrsrs (risos), vocês são muito especiais.

Aos meus amigos e colegas que fiz na universidade, Lanna Gabriela, Marta Regina, Sandra Gomes, Rodrigo Mamédio, Laryssa Fonseca, Aline Santos, Ellen Cristina, Jaqueline Costa, Ariolene, Crislayne, Luana, Ana Clara e tantos outros, por terem sido minha família durante esses longos anos.

À querida Professora e orientadora Dr^a Célia Maria Grandini Albiero por ter me repassado conhecimentos fundamentais para meu amadurecimento pessoal e profissional e por contribuir significativamente na minha formação acadêmica, obrigado por aceitar me orientar nessa etapa final do curso.

A minha supervisora de campo Osmarina de Brito, por ter me supervisionado nesses dois anos de estágio no HGP, foi com você que eu percebi que tinha escolhido o caminho certo a trilhar, obrigado por ter sido um exemplo de integridade tanto quanto, pessoa quanto como profissional.

A Prof^a Gislene Araújo, pela profissional dedicada que é e por ter aceitado participar da minha banca de TCC.

Ao grupo de extensão, roda de conversa com os idosos, que me proporcionou conhecer o lado bom da vida, compartilhando momentos tristes e felizes com todos do grupo, estão todos guardados em meu coração.

A todo o corpo de funcionários e professores da **UFT**, obrigado por tudo!

RESUMO

O tema do presente TCC é o Serviço Social na efetivação dos Direitos à Saúde dos usuários com Doença Renal Crônica (DRC), Portanto, o objetivo geral do presente trabalho é compreender importância do Serviço Social na efetivação dos direitos a saúde dos usuários com doença renal crônica, ressaltando sobre a doença renal crônica, que a mesma impõe a pessoa renal crônico um grande desgaste e uma série de limitações que envolvem o biológico, psicológico e o social, pois neste contexto, a intervenção prática do assistente social se faz presente e necessária. Essa pesquisa é fundamentada no método crítico dialético de Marx. Para realização deste trabalho foi utilizado como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica. O trabalho faz abordagem sobre o contexto histórico da Política de Saúde, avanços e retrocessos, adentrando sobre o Sistema Único de Saúde e ainda abordamos sobre o Serviço Social e seu contexto histórico e por fim destacamos o Serviço Social na efetivação dos direitos à Saúde das pessoas com DRC, como tem se dado a luta pelos direitos desses usuários entendendo a atual conjuntura neoliberal, sendo que a saúde passa por um momento de total falta de investimento, desmonte das políticas públicas e precarização. Portanto o Serviço Social é muito importante para a melhoria das condições de vida do usuário com DRC, visto que o seu processo de adoecimento, as exigências do tratamento e as alterações em sua vida cotidiana, envolvem procedimentos relacionados a fatores sociais, que não são realizados por nenhum outro profissional de saúde, e sim pelo assistente social. Nesta perspectiva a pesquisa demonstrou que o Serviço Social produz impacto importante na complexidade do tratamento. É um importante profissional no atendimento conjunto com às equipes de saúde, usuários com DRC e familiares, fornecendo e disseminando informações e ações que contribuem na melhoria dos serviços e na efetivação dos direitos sociais.

Palavras-Chave: Saúde. Doença Renal Crônica. Direitos Sociais. Serviço Social.

ABSTRACT

Therefore, the general objective of the present work is to understand the importance of Social Service in the realization of the health rights of users with renal disease chronic renal disease, which stresses the chronic renal person a great erosion and a series of limitations that involve the biological, psychological and social, because in this context, the practical intervention of the social worker is present and necessary. This research is grounded in Marx's critical dialectical method. For the accomplishment of this work the bibliographic research was used as methodological procedure. The work focuses on the historical context of the Health Policy, advances and setbacks, entering into the Unified Health System and we also deal with Social Work and its historical context and finally we highlight Social Service in the realization of the rights to Health of people with DRC, as has been the struggle for the rights of these users, understanding the current neoliberal conjuncture, and health is going through a moment of total lack of investment, dismantling of public policies and precariousness. Therefore, Social Work is very important for the improvement of the life conditions of the user with CKD, since their process of illness, the demands of the treatment and the changes in their daily life, involve procedures related to social factors that are not performed by any other health professional, but by the social worker. From this perspective, research has shown that Social Work has an important impact on the complexity of treatment. He is an important professional in the joint service with health teams, users with CKD and family, providing and disseminating information and actions that contribute to the improvement of services and the realization of social rights.

Key Words:Health. Chronic Renal Disease. Social Rights. Social Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro I - Conferências Nacionais de Saúde.....	22
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESS	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL
CAPs	CAIXAS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
CBCISS	CENTRO BRASILEIRO DE COOPERAÇÃO E INTERCÂMBIO DE SERVIÇOS SOCIAIS
DPCA	DIÁLISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTÍNUA
DPA	DIÁLISE PERITONIAL AUTOMATIZADA
CEAS	CENTRO DE ESTUDOS E AÇÃO SOCIAL
CFESS	CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL
CRESS	CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL
CNS	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DRC	DOENÇA RENAL CRÔNICA
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ENESSO	EXECUTIVA NACIONAL DE ESTUDANTES DE SERVIÇO SOCIAL
HD	HEMODIÁLISE
HGP	HOSPITAL GERAL DE PALMAS
IAPs	INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
INPs	INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDENCIA SOCIAL
INAMPs	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA
LBA	LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA
LOS	LEI ORGÂNICA DA SAÚDE
LOAS	LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PNHAH	PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PUC	PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA
RDC	RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA
SAS	SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
SENAI	SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL

SENAC	SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL
SESI	SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA
SIA	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TR	TRANSPLANTE
TRS	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	16
2.1 Breve Resgate Histórico	16
2.2 O Sistema Único de Saúde no Brasil.....	22
2.3 Atenção Especializada: Alta e Média Complexidade.....	27
2.4 Doença Renal Crônica (DRC)	30
2.5 O Acesso aos Serviços de Saúde pelas Pessoas com Doença Renal Crônica (DRC)	32
3 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....	36
3.1 Histórico do Serviço Social no Brasil.....	36
3.2 O Projeto Ético-Político do Serviço Social	43
3.3 O Serviço Social na Saúde	49
3.4 Os Direitos Sociais e o Serviço Social.....	55
4 O SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).....	59
4.1 Procedimentos Metodológicos da Pesquisa	59
4.2 A Importância do Serviço Social na Efetivação dos Direitos a Saúde dos Usuários com Doença Renal Crônica.....	60
5 APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS.....	66
REFERÊNCIAS	68

1 INTRODUÇÃO

O principal objetivo deste trabalho de conclusão de curso é compreender a importância do Serviço Social para a efetivação dos direitos à saúde dos usuários¹ com Doença Renal Crônica (DRC), e de forma específica analisar o acesso dos usuários com DRC à política de saúde, bem como descrever a relevância do Serviço Social junto aos usuários com DRC, buscando viabilizar e efetivar direitos, tendo como seu objeto de estudo o processo de efetivação dos à saúde do usuário com DRC.

A motivação acadêmica pela temática que envolve o Serviço Social na efetivação dos direitos à saúde dos usuários com doença renal crônica partiu da experiência de estágio curricular obrigatório vivenciada no Hospital Geral de Palmas (HGP), onde pudemos através deste contato conhecer as múltiplas demandas surgidas dos usuários com DRC ao Serviço Social, e refletimos sobre a relevância da profissão com esses usuários da Política de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado no dia 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.080, também chamada como Lei Orgânica da Saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A primeira lei orgânica do SUS detalha: os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes, a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal estadual e municipal), a participação complementar do sistema privado, recursos humanos, financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública, com o intuito de garantir o acesso universal para todos os cidadãos, com o objetivo de se ter uma saúde digna com uma vida mais longa e bem-sucedida. Mesmo que saibamos que para se obter uma boa referência em saúde dependem de Políticas econômicas e Sociais mais vastas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é indiscutível a relevância de uma Política de Saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos.

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95%

¹ Quando nos referimos a expressão “usuários” de doença renal crônica nos apoiamos na terminologia utilizada pelo Serviço Social. Já quando nos referimos a “portadores” de doença renal crônica nos apoiamos na legislação referente a especialidade da saúde em questão.

dos municípios e 87 milhões atendidas por 27 mil equipes de Saúde de Família. (SANTOS 2007).

Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radio quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado de AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos de 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. (SANTOS 2007).

Assim, sua atuação profissional é guiada pelo código de ética do Serviço Social: reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; posicionamento a favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sócias, bem como a gestão democrática. (CFESS, 1993).

Nesta perspectiva, o presente trabalho está dividido em três capítulos. Os dois primeiros capítulos têm o objetivo de realizar um resgate histórico sobre a Saúde e o Serviço Social. O terceiro capítulo refere-se a pesquisa bibliográfica com o título o Serviço Social na efetivação dos direitos dos usuários com doença renal crônica (DRC).

O primeiro capítulo contextualiza sobre a Política de Saúde no Brasil, sobre as conquistas e avanços ao passar dos anos, quando a saúde passa do caráter assistencialista para o previdencialista até chegar no que rege nos dias atuais, o universalista.

Abordaremos sobre a atenção especializada que envolve os serviços ambulatoriais de média e alta complexidade, ressaltando a importância desses serviços para as pessoas com DRC. Adentrando na temática sobre doença renal crônica, discorre sobre os tratamentos disponíveis para essa patologia, as principais causas que levam uma pessoa a ter a doença e as alterações que a mesma traz na vida do paciente e da família.

Portanto finalizaremos o capítulo abordando sobre o acesso dessas pessoas com DRC aos serviços de saúde, sobre a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, que emergiu para organizar os serviços prestados à essa população, para se ter um acesso de qualidade e universal, assim como especificado na nossa constituição.

No segundo capítulo, será discutido sobre o contexto histórico do Serviço Social no Brasil, que emergiu no bojo da igreja católica e era praticada pelas damas da sociedade através da caridade. Sobre o primeiro seminário Latino Americano de Serviço Social que dá início ao Movimento de Reconceituação.

Abordaremos sobre o nascimento do novo Projeto Ético Político, que rompe com o conservadorismo, uma construção coletiva e é voltada para a classe trabalhadora. Sobre a existência de uma crise no Projeto Ético Político tendo a política neoliberal como ameaça para a efetivação do mesmo. Adentrando na temático Serviço Social na Saúde, que foi um marco importante para a profissão. Para finalizar o capítulo ressaltamos sobre os Direitos Sociais e Serviço Social, definindo sobre os direitos sociais, e o conhecimento desse tema para os assistentes sociais, que é importante e indispensável para a profissão.

O último capítulo aborda primeiramente sobre a metodologia da pesquisa, sendo a mesma bibliográfica, adentrando sobre a temática principal desse trabalho, a importância do Serviço Social na efetivação dos direitos à Saúde do paciente com Doença Renal Crônica.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 Breve Resgate Histórico

A Saúde no Brasil é marcada por grandes avanços e retrocessos, por disputas de projetos societários que tem objetivos distintos e tem como marco a Constituição Federal de 1988 de onde se deu a origem do Sistema Único de Saúde (SUS).

Bravo (2001), ressalta que a Política de Saúde no Brasil se apresenta à partir de três momentos importantes:

- Assistencialista - que envolve o período antes de 1930, onde o Estado não reconhece a questão social, enquanto objeto de sua intervenção política.
- Previdencialista - que desenvolve no período pós-30, onde o Estado passa a assumir a questão social, enquanto elemento de intervenção estatal. A Política de Saúde, nesse momento, envolve fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, ou seja, aquele de carteira assinada.
- Universalista – fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na Constituição de 1988, mas que não foi implementada efetivamente, tendo impasses e regressão na década de 1990. (BRAVO, 2001, p. 21).

De acordo com Kazlowski, (2008) a atuação do Estado no contexto da Saúde, nos anos anteriores ao de 1930, auxiliava o modelo de desenvolvimento econômico agroexportador e as práticas sanitárias² com intuito de controlar as doenças que afetavam o desempenho da classe trabalhadora, na venda de sua força de trabalho. O Sanitarismo Campanhista³ era o modelo que vigorava e tinha o objetivo de combater as doenças com uma base verticalizada que tinha em sua atuação um caráter coletivo, vinculado a conjuntura econômica vigente.

As transformações societárias oriundas do processo de industrialização ocasionaram a diminuição das ações campanhistas e o aumento de assistência médica

² Ação sanitária dirige-se ao indivíduo através de um processo de inculcação para obter hábitos de higiene e assim manter em harmonia a relação saudável entre o homem e seu meio. Em outras palavras, essa nova fase da Saúde Pública começa a fazer ações individuais, tendo como principal instrumento a educação sanitária, exercendo assim a ação coletiva através do indivíduo. Durante essa fase, os Centros de Saúde não atendiam o indivíduo doente, salvo os Dispensários da Lepra e da Tuberculose. Os agentes incorporados pelas práticas médico-sanitárias, como por exemplo: os médicos exerciam a função de controlar os indivíduos sadios, ou seja, fazer a medicina preventiva (Ex.: puericultura). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a06.pdf>>. Acesso em: 18 de Agosto. 2018.

³ Modelo de atenção em saúde, orientada predominantemente para o controle de endemias (doença particular a um povo ou a uma região por motivo de causa local) e generalizações de medidas de imunização (WESTPHALL & ALMEIDA, 2001 apud, ZAZLOWSKI, 2008, p. 15)

mediante a previdência social. Assim favorecendo a origem do médico assistencial privatista⁴. (KAZLOWSKI, 2008).

Bravo (2008) ressalta que em 1930 a formulação da política de saúde no Brasil foi dividida em dois segmentos: a saúde pública e a medicina previdenciária⁵. Nos anos de 1960 a saúde pública era predominante e tinha como características: destaque nas campanhas sanitárias; A interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e Criação de serviços de combate às endemias.

Já as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) implantadas no ano de 1923 tinha o intuito de atender os trabalhadores que tinham carteira assinada, ou seja, vínculo formal de trabalho. Portanto em seguida foi alterado pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), uma referência na medicina previdenciária, que se manteve a lógica de atendimento das CAPs, porém com direção contencionista.

De acordo com Bravo (2001) as CAPs eram consideradas de grande relevância no contexto da Saúde, assim como de higiene, que ficaram conhecidas como a Lei Elói Chaves, que favorecia benefícios a quem contribuía, por exemplo: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Da metade da década de 1960 aos meados de 80 se vivia no Brasil um período de ditadura militar, o autor Silva (2005, p. 133) aborda que os problemas sociais foram aprofundados de maneira drástica, causando a decadência na Saúde Pública e o crescimento da previdenciária, principalmente depois da unificação dos IAPs em um único órgão o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Essa junção gerou o modelo de privilegiamento do produtor privado, onde o estado passou a interferir na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços. Bem como havia uma diferenciação do atendimento à clientela (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 207).

⁴Está voltado para, fundamentalmente, a chamada “demanda espontânea”. Este modelo, portanto, deve atender os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por “livre iniciativa” os serviços de saúde [...] Esse modelo assistencial reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes (PAIM, 1999, apud, CHUPEL, 2005, p.14)

⁵ Entre os anos de 1920 e os anos 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo esta última restrita àqueles pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas por lei e para as quais criou-se um seguro social. Somente são cidadãos aqueles cujas profissões são reconhecidas por lei, e para os quais foram criadas formas de proteção social, dando início à estrutura previdenciária da qual fazia parte a assistência à saúde. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00007203&lng=pt&nrm=iso > Acesso

Portanto o INPS além de manter os serviços públicos ainda pagava preços altíssimos por serviços particulares com intuito de manter uma articulação do Estado com os interesses do capitalismo internacional.

De acordo com Catunda (2008) na década de 1980:

Esse sistema (INPS) com o tempo foi se tornando muito complexo, tanto como no ponto de vista administrativo-financeiro, quanto estrutural, que acabou levando a uma construção de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (CATUNDA, 2008, p. 18)

No ano de 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) nasceu com a finalidade de maior afetividade no enfrentamento da questão social, aconteceu através de incentivos do governo, sendo construídos grandes hospitais, com equipamentos e aparelhos sofisticados de alto custo, assim o Estado passou a ser o grande financiador e as empresas privadas ficavam responsáveis pela prestação da assistência a Saúde para os trabalhadores com carteira assinada, tudo isso para conter as pressões populares e reivindicações.

Bravo (2001, p.95) afirma que essa luta ficou conhecida como movimento pela Reforma Sanitária que se direcionou para três aspectos: a universalização da saúde, a ampliação de seu conceito e a reforma de seu sistema nacional.

Portanto a luta do Movimento Sanitário resultou no reconhecimento pela constituição de 1988, no entendimento de Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços de Saúde.

No período das décadas de 1970 a 1980 houve uma crise no setor de saúde, que se gerou por motivos do modelo de saúde vigente (modelo previdenciário) o qual não beneficiava a todos de forma total, de acordo com Catunda (2008, p.18) “[...] as ações de Saúde Pública como vacinações, campanhas, saneamento e controle de endemias eram ditas de formas universais, já a assistência era somente para trabalhadores que havia a carteira assinada [...]” dessa forma causando a exclusão de uma grande parcela da população.

A conjuntura brasileira dos anos de 1980 proporcionava uma gravidade da questão social e ao mesmo tempo um crescimento dos movimentos sociais e da participação da sociedade que fizeram nascer à construção de uma nova Constituição em 1988, marco legal de mudanças na Política Social brasileira.

Conforme Catunda (2008) a Saúde assumiu uma dimensão política, deixando de ser interesse apenas dos técnicos e agora estava totalmente vinculada a democracia, ou seja, com a participação da sociedade civil nas discussões sobre as condições da saúde.

Ressaltando sobre a constituição de 1988, Maretto (2008) aborda que:

A Constituição de 1988 representa um importante estuário das lutas pelos Direitos Sociais no Brasil, já que a sociedade civil estava presa por 20 anos de ditadura. O resultado desses anos de arbítrio manifestou-se na Constituição. Pela primeira vez a sociedade civil experimentou a oportunidade de articular sua participação na elaboração de uma Constituição, participando, através dos movimentos sociais organizados, seja por intermédio dos partidos políticos, seja através de suas diversas entidades e associações, com ampla liberdade de imprensa. (MARETTO, 2008, p. 35)

Sendo a primeira vez que a população pode participar junto com os constituintes, tendo como resultado uma constituição com 315 artigos, uma das maiores do mundo assim como aponta Pinto (1991).

A Constituição de 1988 trouxe avanços significativos à área social, graças ao esforço e articulação de grupos a favor dos trabalhadores que, no trâmite da constituinte, fizeram valer algumas de suas reivindicações. O direito à Saúde foi colocado na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como intuito o bem-estar e a justiça social.

Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como Direitos Sociais fundamentais a Educação, a Saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a Previdência Social, a proteção à maternidade e à infância

A Constituição Federal (1988, p. 118) no seu Art.196 “[...] reconhece a Saúde como 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”.

De acordo com Moura (2013) ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Portanto da década de 1990 até os meados da primeira década do ano 2000, percebemos uma grande decadência dos Direitos Sociais já conquistados pela sociedade civil através de muitas lutas, isso porque entramos no período da hegemonia do sistema Neoliberal.

Segundo Bravo (2001, p.100) a hegemonia Neoliberal no Brasil “[...] tem sido responsável pela diminuição dos Direitos Sociais e trabalhistas, desemprego estrutural [...]”,

precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da Saúde e Educação.

Portanto falando ainda sobre essa lógica do sistema Neoliberal no Brasil, houve um recuo por parte do Estado em garantir os Direitos Sociais conquistados pela população, transferindo suas responsabilidades para setor privado e sociedade civil.

O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. [...] a Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando com as parcerias da sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir seus custos. (BRESSER PEREIRA 1995 apud BRAVO, 2001, p. 100).

Sendo assim entendemos que a implementação e efetivação das Políticas Públicas nasceram em um terreno historicamente contraditório, representando interesses opostos de grupos e parte de classes diferentes, mas também firmam o acesso da população aos seus direitos, embora com muitas lutas e envolvimento dos cidadãos.

Fica claro que ao longo da história a classe trabalhadora teve perdas e ganhos no assunto da proteção social e que na atualidade os Direitos Sociais estão sendo desrespeitados por meio de políticas focalizadas e excludentes.

Diante do breve histórico sobre a Política de Saúde no Brasil, entendemos que a mesma passou por um processo de evolução, influenciada pelas lutas, reivindicações e necessidades sociais da população.

Portanto ressaltaremos acontecimentos e fatos de extrema relevância para a consolidação dessa Política no Brasil, como a VIII Conferência Nacional de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Compreendemos que as conferências de Saúde são espaços de democratização, em que se reúnem pessoas para estar discutindo, propondo e oferecendo mudanças em determinadas situações, de acordo com Guirlanda (2003, p.35) “[...] as conferências nacionais em Saúde existem desde a década de 1940”

Já a que se refere à área da Saúde especificamente, parte do seguinte preceito: “As Conferências são fóruns privilegiados que a sociedade civil possui para discutir e apontar soluções para os problemas que envolvem a Saúde da população brasileira”. (Portal da Saúde, 2012).

Portanto as conferências estaduais e municipais acontecem primeiro do que a conferências nacionais, mais sempre se utilizando das mesmas temáticas para quando chegar à etapa nacional apresentarem idéias e serviços com a finalidade de discutirem e aprovarem

propostas que contribuam com a Política de Saúde. Várias foram às conferências em Saúde, atualmente estamos na 15ª conferência nacional, cada uma com um tema diferente, tais quais especificados a baixo:

Quadro I - Conferências Nacionais de Saúde.

Nº de Conferências e anos	Tema
1ª CNS (1941)	Situação Sanitária e Assistencial dos Estados.
2ª CNS (1950)	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3ª CNS (1963)	Descentralização na área de Saúde.
4ª CNS (1967)	Recursos humanos para as atividades em Saúde.
5ª CNS (1975)	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização.
6ª CNS (1977)	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de Saúde.
7ª CNS (1980)	Extensão das ações de Saúde através dos serviços básicos.
8ª CNS (1986)	Saúde como direito: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.
9ª CNS (1992)	Municipalização é o caminho.
10ª CNS (1996)	Construção de modelo de atenção à Saúde
11ª CNS (2000)	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde com controle social.
12ª CNS (2003)	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos o SUS que queremos.
13ª CNS (2007)	Políticas de Estado e Desenvolvimento.
14ª CNS (2011)	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do povo brasileiro.

15ª CNS (2015)	Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo Brasileiro.
----------------	---

Fonte: Conselho da Saúde/ Ministério da Saúde – 2012.

Portanto dentre todas essas conferências, podemos citar como a mais importante, a VIII Conferência Nacional de Saúde, pois foi quando a população participou democraticamente nas decisões voltadas para a Política de Saúde no Brasil, a VIII Conferência foi um encontro realizado entre os dias 17 a 21 de março do ano de 1986, em Brasília, Distrito Federal e que contou com a participação efetiva do povo, essa conferência ficou conhecida também como “Pré-Constituinte da Saúde” (Guirlanda, 2003, p.120), haja vista ter servido de pressuposto para a criação do sistema único de saúde (SUS).

Esse evento foi um marco na história da Saúde pública brasileira, pois além de ter um peso enorme no processo de construção do SUS, foi a primeira vez que houve a participação popular em conferências, eram pessoas impulsionadas pelo Movimento da Reforma Sanitária com objetivo de criar um sistema que se direcionasse para uma cobertura universal dos serviços de Saúde independente de contribuição, nesse sentido destacamos a citação de Bravo (2001, p.96).

A 8ª CNS representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação da população [...] A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o SUS, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2001, p. 96)

Diante do exposto percebemos que depois de muitas lutas algumas conquistas foram alcançadas no que diz respeito à saúde pública, primeiro o direito da população em ter vez e voz nas decisões, ou seja, participação democrática da sociedade civil, a promulgação da Constituição Federal que inaugurou um novo sistema de proteção social para a população, fazendo com que o Estado se tornasse maior responsável pela garantia desses direitos, e a própria criação do SUS, veremos esta questão a partir do próximo item.

2.2 O Sistema Único de Saúde no Brasil

Entendemos que o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de muitas lutas e reivindicações da população brasileira, que foi a partir da VIII Conferência Nacional da Saúde

na década de 1980, que esse direito foi possível ser construído, com a participação da população que tiveram vez e voz, para debater sobre os serviços de Saúde.

De acordo com Noronha (2018) essas lutas e reivindicações se deram através dos movimentos sociais, o arrocho salarial e as políticas trabalhistas tornaram-se a bandeira de luta para milhares de trabalhadores que consideravam insustentáveis as condições de vida vigentes. O sindicalismo brasileiro entre 1980 e 1984 concentrou sua luta na estabilidade do emprego e nos reajustes salariais de acordo com a inflação da época.

O autor ressalta que esse quadro de tensão também afetava a política de saúde no Brasil, pois as medidas tomadas pelo governo não conseguiam suprir as demandas apontadas, tais como, a unificação do preventivo e curativo e a formulação de uma única Política Nacional de Saúde. Os movimentos sociais questionavam as distorções dessa política, desencadeando a mobilização dos profissionais de saúde em torno de interesses coletivos.

A questão saúde e democracia ganha visibilidade e a relação entre ambas passa a ser apresentada constantemente nas pautas dos movimentos sociais e em suas manifestações. A luta pela saúde ampliou-se e favoreceu a articulação com outras entidades e movimentos populares. Destacavam-se, nesse período, como reivindicações das diversas manifestações: a luta pelo saneamento, água, luz e postos de saúde; a luta pelo fortalecimento do setor público e promoção da saúde e a luta pelas questões concretas da vida. (NORONHA, 2018, p. 2055).

Portanto o SUS é apoiado em alguns documentos: a Constituição Federal de 1988, que criou o SUS; a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação popular e transferências de recurso.

É importante ressaltar que o SUS foi criado para prover a saúde da população, ele é firmado como direito de cidadania e um direito de todos.

Segundo o Ministério da Saúde:

O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, proteção e recuperação na assistência à saúde dos brasileiros. (BRASIL/MS, 2012).

Entendendo que a Saúde durante muito tempo foi entendida simplesmente como o estado de ausência de doença. Portanto a organização mundial de saúde (OMS) definiu que a saúde engloba bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.

De acordo com Pain (2009) define as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde como:

PROMOÇÃO da Saúde: tudo que estiver ligado ao bem-estar e a qualidade de vida do sujeito, como boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável. **PROTEÇÃO** da Saúde: vacinação combate a insetos transmissores de doenças, uso de cintos de segurança nos veículos, distribuição de camisinhas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas. **RECUPERAÇÃO** da Saúde: requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou seqüelas. A atenção à saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar representa as principais medidas para a recuperação da saúde. (PAIM, 2009, p. 44 e 45).

Como destaca na cartilha SUS princípios e conquista (2000), criada pelo Ministério da Saúde, o SUS é orientado por alguns princípios, sendo eles a universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, participação e controle social e descentralização.

Conforme Pain ((2009) o princípio da equidade, não se encontra em nenhum documento legal, que se compõe o SUS, segundo o mesmo o princípio empregado é o da igualdade, portanto assim se definiu esses princípios:

- **Universalidade** – o direito a Saúde para todos, sem qualquer barreira de acessibilidade.
- **Integralidade** – significa que todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis de saúde.
- **Igualdade** (princípio da equidade) – significa tratar todas as pessoas sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie ou tratar as pessoas conforme as suas necessidades
- **Regionalização e Hierarquização** – significa a distribuição dos estabelecimentos de saúde em um dado território, onde os serviços sejam organizados em níveis de complexidade. O Acesso da população à rede deve se dar, preferencialmente através dos serviços de nível primário de atenção se não for resolvido referenciar para um nível de maior complexidade.
- **Participação e Controle Social** – é a participação da comunidade para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde, buscando assegurar o controle social sobre o SUS.
- **Descentralização** – significa a diversidade regional onde as decisões do SUS seriam tomadas, não sendo apenas em um Brasília, e sim em cada município, estado e Distrito Federal. (PAIN, 2009, p. 56 a 58).

Assim como mostrado, o SUS trouxe um grande avanço, no que se diz respeito aos modelos e concepções de Saúde, pois a Saúde até os meados da década de 1970 eram

restritas apenas aos modelos médico curativista e previdenciário, sendo o primeiro com o objetivo de apenas curar as doenças e o segundo atender as pessoas que tinha um trabalho com vínculo formal, ou seja, carteira assinada.

Portanto foi através do SUS, que a saúde passou para um modelo de proteção social, assim sendo primeiramente vista como um direito e logo adiante para serviços voltados a prevenção de doenças, ao controle de riscos e a promoção da saúde.

Conforme Pain (2009) o SUS é visto como um direito social, apesar de seus avanços, fica explícito que o real, está bem distante do ideal, que não pode deixar de lado que esse sistema sofre significativos problemas, ocasionando a insatisfação dos cidadãos, trabalhadores e profissionais inseridos nessa política, sendo constante a falta de respeito aos direitos à saúde e aos maus tratos:

Filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; indelicadeza nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; falta de atenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputa por fichas para exames; longas esperas em bancos desconfortáveis; [...]. (PAIM, 2009, p. 89).

Portanto fica explícito os vários constrangimentos que os cidadãos têm que lidar, em busca de algo que é seu direito, a Saúde é um direito de todos e um dever do Estado, assim como estabelece no artº 7 da Lei Orgânica da Saúde - 8.080/90.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV- organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990, p. 3-4).

Para o enfrentamento desses conflitos, uma das estratégias que o Ministério da Saúde criou, foi incluir a humanização na saúde. Em 2000 surge o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que propõe mudar o padrão de assistência aos usuários nos hospitais públicos do Brasil, na perspectiva de melhoria da qualidade e da eficácia dos serviços. (BRASIL, 2001).

Em 2003 no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, foi elaborado a Política Nacional de Humanização (PNH), com o propósito de “[...] valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores [...]” (BRASIL, 2012, p.8), visando efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde. Diante do apresentado, fica nítido o quanto o sistema está fragilizado, e que pode ter melhorias para reduzir ou mudar essa realidade.

A Política Nacional de Humanização⁶ (PNH) foi instituída pelo ministério da Saúde no ano de 2003, essa política é norteada por alguns princípios sendo elas:

- Atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

⁶Essa política pretende ter um caráter transversal, visando atingir a todos os níveis de atenção a saúde, garantindo além dos direitos dos usuários e profissionais, a melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços. A PNH propõe transformações nas relações sociais, que envolvam trabalhadores e gestores e qualificação na atenção aos serviços prestados a população. (ver o site <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>. Ministério da Saúde).

De acordo com Pain (2009) a PNH tem o intuito de alcançar quatro objetivos com esses princípios, sendo eles, diminuir as filas e o tempo de espera, informar os usuários sobre os profissionais que cuidam de sua Saúde, garantir aos usuários informações gerais sobre Saúde, garantir nas unidades de Saúde educação permanente aos usuários e trabalhadores. Portanto fica evidente que mesmo com todos esses desafios, o SUS é uma das conquistas mais importantes adquiridas pela sociedade brasileira.

Assim, mesmo com o SUS sendo, em questão, universal em todos os níveis de atenção, as instituições de Saúde passam por um sucateamento, falta de recursos econômicos, humanos e materiais para a realização dos atendimentos, a superlotação, faltas de leitos, falta de estrutura física nas unidades hospitalares, e falta de qualidade nos serviços ofertados, que acaba forçando os usuários que possuem condições financeiras para o serviço ofertado pela iniciativa privada, no mercado, deixando os usuários que não possuem condições financeiras somente à mercê da Saúde pública, em condições precárias de atendimento. A intervenção do Estado, neste momento, constitui-se em garantir o mínimo a quem não pode comprar o serviço privado, lógica esta da sociedade capitalista.

Portanto observamos que cada vez mais o Estado se desresponsabiliza do financiamento e da gestão das Políticas Sociais. Desta forma, a busca de serviços no mercado torna-se um fato freqüente, que conta com a ajuda do Estado também na firmação de parcerias que modificam o espaço até então público em público-privado.

Sendo assim, a estrutura das instituições se mantém pública, enquanto a sua administração e gerência se deslocam para o âmbito do privado, o que afeta negativamente no funcionamento dos serviços de Saúde e nas condições de trabalho dos profissionais das Políticas Sociais.

Diante do exposto temos que resistir a este sucateamento da Política de Saúde e lutar para que os serviços prestados tenham qualidade e possam atender a população em geral e com igualdade.

2.3 Atenção Especializada: Alta e Média Complexidade

De acordo a rede humaniza SUS (2015) a atenção especializada envolve ações e serviços de Saúde ambulatorial, hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

Atenção primária é a porta de entrada no SUS no atendimento aos pacientes, que emprega todos os princípios do SUS, que exige uma tecnologia com menos densidade. Por ser

tecnologia de baixa densidade, fica explícito que a atenção básica é voltada para atendimentos mais simples com menos complexidade, sendo capaz de atender os problemas e necessidade mais comum da comunidade.

De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), define média em saúde conforme a seguir:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (BRASIL, 2009, p.33).

De acordo com o documento elaborado pelo Ministério da Saúde, SUS de A a Z, (2009) define alta complexidade como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente. (BRASIL, 2009, p. 27).

Portanto média e alta complexidade exige equipamentos com alta tecnologia e grande valor, com o objetivo de qualidade nos procedimentos e atendimentos aos pacientes, sendo os problemas mais complexos que exigem equipamentos mais atualizados e médicos especializados.

Assim, a importância da média e alta complexidade para o usuário com DRC é grande, sabendo que os tratamentos, procedimentos e profissionais que trabalham com a DRC, se encontram na atenção especializada.

Portanto Costa e Panozzo (2016) apontam que a média e alta complexidade são organizadas em redes, sendo compostas:

- Assistência ao paciente com doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- Assistência ao paciente oncológico;
- Cirurgia cardiovascular;
- Cirurgia vascular;
- Cirurgia cardiovascular pediátrica;
- Assistência em traumatologia-ortopedia;
- Procedimentos de neurocirurgia; procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- Procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica). (COSTA E PANOZZO, 2016, p. 8-9).

Os especialistas que atuam na atenção especializada deverão contribuir para a qualidade do cuidado aos pacientes nos estágios iniciais da perda de função renal, que entram em acompanhamento na Atenção Básica.

De acordo com o Ministério da Saúde, através da cartilha denominada O SUS de A a Z ((2009) traz a informação de grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

- Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- Procedimentos traumato-ortopédico;
- Ações especializadas em odontologia;
- Patologia clínica;
- Anatomopatologia e citopatologia;
- Radiodiagnóstico;
- Exames ultrassonográficos;
- Diagnose;
- Fisioterapia;
- Terapias especializadas;
- Próteses e órteses;
- Anestesia.

A atenção especializada que integra aos demais níveis de atenção à Saúde, principalmente a média e alta complexidade, os procedimentos da alta complexidade do SUS, se encontra no sistema de informação hospitalar ou no sistema de informações ambulatorial, são em pequenas quantidades, mais com um enorme impacto financeiro, como nos procedimentos de diálise, da quimioterapia, radioterapia e da hemoterapia.

2.4 Doença Renal Crônica (DRC)

A DRC é uma perda progressiva e incurável das funções dos rins, em uma fase mais avançada os rins perdem totalmente suas funções, portanto através desta perda, os pacientes recorrem às várias formas de tratamentos.

Os tratamentos disponíveis para os portadores de DRC são diálise peritoneal, existem duas modalidades dessa diálise sendo a ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA) também hemodiálise (HD) e o transplante renal (TR).

Segundo os autores relacionados a seguir:

- **Diálise Peritoneal** é uma opção de tratamento através do qual o processo ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural como substituto da função renal. Esse filtro é denominado peritônio. É uma membrana porosa e semipermeável, que reveste os principais órgãos abdominais. O espaço entre esses órgãos é a cavidade peritoneal. Um líquido de diálise é colocado na cavidade e drenado, através de um cateter (tubo flexível biocompatível).
- **Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):** permite a realização em domicílio pelo paciente e/ou responsável, sendo quatro trocas diárias, com tempo de permanência de 4 a 6 horas.
- **Diálise Peritoneal Automatizada (DPA):** realizada a noite durante o sono do paciente, ficando este conectado a uma máquina cicladora automática que periodicamente substitui a solução de diálise por uma nova, por meio da gravidade.
- **Hemodiálise** é um procedimento através do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, uréia e creatinina. As sessões de hemodiálise são realizadas geralmente em clínicas especializadas ou hospitais.
- **Transplante renal** No transplante renal, um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é doado a um paciente portador DRC através de uma cirurgia. O transplante renal é analisado como, uma das mais concretas alternativas de substituição da função renal. Sendo uns dos métodos que traz a melhor qualidade de vida, pois o transplante renal garante mais liberdade no dia a dia do paciente. (MACHADO; PINHATI, 2014, p. 142).

O doente renal crônico prova de uma mudança repentina no seu dia a dia, passa a viver com restrições, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise, pensa na morte, mas vive por outro lado com a possibilidade de fazer um transplante renal e a esperança obter uma qualidade de vida.

As principais causas que levam a pessoa a ter DRC, são a diabete e hipertensão, com o avanço da doença, passa a ser preciso o tratamento de terapia Renal Substitutiva (TRS), a Política voltada para o DRC veio com o objetivo essencial de sugerir mudanças no modelo de atenção aos pacientes com hipertensão e diabetes “[...] envolvendo os três níveis de atenção, hierarquizado, centrado no usuário” (BRAZ, 2008, p.41). Portanto almeja-se oferecer

um modelo de atenção integral com a finalidade de reduzir o grande número de pacientes que chegam à diálise.

De acordo com Rodrigues e Botti (2009) abordam que a DRC, tornou-se um problema de saúde pública em todo mundo, é uma doença progressiva e que acaba afetando os rins, que se resulta na falência de suas funções renais, e requer terapias de reposição renal.

Entende-se que se iniciando o tratamento no começo do diagnóstico da doença, pode-se tardar ou diminuir o avanço da mesma, para não progredir para os resultados adversos da DRC, como disfunção renal, doença cardiovascular e morte prematura.

Nessa situação, o paciente passa a conviver cotidianamente com uma doença sem cura, sendo necessário aceitar uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração sendo inevitável a evolução da doença e suas complicações. As conseqüências da doença acontecem na vida do paciente, e também no seu vínculo familiar, prejudicando as várias estruturas de sua vida, sejam elas de ordem física, psicológica, econômica ou social (CENTENARO, 2010).

Assim lidando com a perda da autonomia, as mudanças físicas, de rotina, com a dependência financeira, o afastamento do trabalho e perda do lugar de provedor da família e mais precisamente, com a hemodiálise, os pacientes com DRC ficam psicologicamente abalados e dessa forma os efeitos como o medo de voltar à hemodiálise, medo de complicações cirúrgicas, da internação, desgaste físico, estresse, perda da auto-imagem, e a forma de enfrentamento, se positivo ou negativo, influenciam no tratamento.

De acordo com Coutinho (2011) o tratamento hemodialítico beneficia para o aumento de estresse por motivo das rotinas do tratamento, sendo necessário seu deslocamento se deslocar de sua residência 3 vezes por semana e a passar de 4 a 5 horas na máquina.

Centenaro (2010) aponta que pode diminuir os problemas decorrentes da DRC com três realizações fundamentais: primeiramente o diagnóstico prévio da DRC; após ser diagnosticado ser direcionado imediatamente para um tratamento especializado; e por último é de grande relevância começar a preparar o paciente e seus familiares para a terapia renal substitutiva (TRS).

De acordo Krop et al (1999) apud Bastos et al (2004) destaca que o avanço da DRC esta relacionada a baixa condição econômica, tendo um enorme crescimento em populações pobres e desfavorecidas dos países em desenvolvimento.

Nesse sentido fica inegável a importância da criação e divulgação de políticas e campanhas de controle da diabetes e hipertensão, que tenha como objetivo alcançar essa população mais desfavorecida, com a finalidade de informá-las sobre a relevância do tratamento adequado, para evitar a existência da DRC.

2.5 O Acesso aos Serviços de Saúde pelas Pessoas com Doença Renal Crônica (DRC)

Diante do contexto mostrado no tópico anterior é evidente uma Política voltada para essas pessoas, portanto foi criado em 15 de julho de 2004 pela portaria nº 1168/GM denominada Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica.

Essa Política tem como objetivo que seja garantido e efetivado os direitos das pessoas com DRC, como consta no artº2:

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

- I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;
- III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal;
- V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante);
- VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;
- VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil;
- VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados;
- IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
- X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (BRASIL, 2004, p.02)

No nível da alta complexidade encontra-se a terapia renal substitutiva, um dos tratamentos da doença renal crônica oferecida pelos Serviços de Diálise e pelos Centros de Referência em Nefrologia.

Conforme a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal os serviços de diálise podem ser definidos como:

Serviço de natureza pública ou privada, filantrópica ou lucrativa, vinculados ao SUS que deverão oferecer todos os tipos de procedimentos dialíticos, a saber: diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal automática, diálise peritoneal intermitente e hemodiálise, habilitados de acordo com a legislação em vigor (BRASIL, 2004, p. 34).

De acordo com Brasil (2004) Os Centros de Referência em Nefrologia são serviços de diálise localizados em hospitais públicos ou universitários públicos, além dos serviços prestados aos procedimentos de diálise propostos para os serviços de diálise, deve-se desempenhar um papel de consultoria em conjunto com representantes de todos os níveis de atenção, sob a coordenação do gestor do SUS, portanto garantindo o acesso e promovendo as ações essenciais à Política de Atenção ao Portador de Doença Renal.

O acesso do usuário com DRC, na média e alta complexidade deve ser pela lógica do SUS, o paciente dará entrada pela atenção básica, através da unidade da média complexidade, após definida a entrada do paciente na alta complexidade.

O SUS tem uma grande relevância no atendimento dos usuários com DRC “[...] e atualmente é o responsável pelo financiamento de 90% dos tratamentos de pacientes que se encontram em terapia renal substitutiva (TRS), a qual compreende tanto a diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) quanto o transplante renal”. (ALCALDE E KIRSZTAJN, 2017, p. 02)

Os Centros de Referência em Nefrologia e os serviços prestados de diálise deverão oferecer:

[...] atendimento ambulatorial na especialidade de nefrologia a pacientes encaminhados pela atenção básica, que precisem de atendimento de média complexidade, além do atendimento aos pacientes que se encontram em TRS, no serviço. O paciente que não necessitar de tratamento dialítico ou de atendimento especializado, deverá ser contra-referenciado para a atenção básica com a orientação clara que deverá ser seguida por aquele nível de atenção, sendo marcado o retorno ao atendimento quando necessário (BRASIL, 2004, p. 30).

De acordo com Nardino (2007) tem uma “lista invisível” de pessoas com DRC que esperam por uma vaga. Essa vaga surge quando alguém faz transplante ou morte de paciente em hemodiálise.

Portanto fica notável a sobrecarga em hospitais, que acaba comprometendo o sistema de atendimento ao paciente, dificulta a vida do doente agravando seu quadro de

saúde, trazendo transtornos também para a família. Um quadro que faz com que o paciente tenha uma percepção ruim dos serviços oferecidos pelo SUS e faça uma avaliação negativa dos mesmos.

Portanto a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 154/04 de 2004 o paciente com DRC tem direito ao acompanhamento com médico nefrologista, durante todo período de tratamento, até mesmo de outros profissionais como **assistente social**, nutricionista, e psicólogo. Abrange, também, o direito de realizar exames mensais e semestrais importante para analisar a evolução do tratamento e internação quando necessário.

Assim os profissionais, médicos, **assistentes sociais**, psicólogos, nutricionistas, e todos os demais, procuram estabelecer com os pacientes, uma relação de confiança. Até mesmo pela natureza da doença que exige uma frequência maior do doente ao hospital, acaba havendo a criação de vínculos, tanto com o paciente como também com a família.

Entendendo que família de acordo com a autora a seguir:

[...] é um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um período de tempo mais ou menos longo e que estão unidas ou não por laços consangüíneos, tendo como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura na qual está inserida. (MIOTO, 1997, p. 20).

Nos últimos anos a família vem dividindo com Estado e mercado a provisão de bem estar social. Historicamente, a família sempre exerceu a maior responsabilidade em relação ao bem-estar de seus membros. Conforme Cezar (2009, p.15) diz que “[...] ao longo da história, a família sempre desempenhou papel significativo na conformação da proteção social nas diferentes sociedades e em seus diferentes períodos sócio-históricos”.

Com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, aconteceram mudanças nas formas tradicionais de proteção social até então assegurados pela família, pela igreja e pelos senhores feudais através de ações solidárias (MIOTO, 2008).

A autora aborda sobre os impactos que o capitalismo causou na família.

[...] dentre outros aspectos, os efeitos que a separação entre a rua e a casa, a divisão de tarefas entre a mulher (em casa) e o homem (no trabalho), a instauração do salário individual e com ele o ideal do ‘homem que mantém a família’, tiveram nas relações e nas condições de vida da classe operária (MIOTO, 2008, p. 131).

Os impactos causados pelo capitalismo no interior da família a determinaram como fonte de proteção principal, de modo que a família passou a ser considerada o “canal

natural” de proteção social, vinculado às suas possibilidades de participação no mercado para compra de bens e serviços necessários à provisão de suas necessidades (MIOTO, 2009).

Essa nova configuração trouxe desdobramentos importantes no contexto das relações sociais, e dentre eles destacam-se o processo de transferência para o interior das famílias de problemas e conflitos gerados no âmbito das relações de produção e a cruzada para a acusação do ideal de uma nova família com funções e papéis claramente definidos (MIOTO, 2009, p. 132).

Diante disto, o Estado transfere para a sociedade civil responsabilidade antes tida como sua, diminuindo radicalmente sua ação reguladora. Coelho (2002) analisa que as Políticas Sociais brasileiras voltadas para as famílias quando existem, têm se mostrado inadequadas, pelo pouco investimento nas necessidades e demandas deste grupo, não oferecendo suporte básico para que possa cumprir de forma adequada suas funções.

A autora ressalta que:

A família [...] passa a ser eleita como a instituição privilegiada para dar conta de todos os problemas que afetam o grupo, retirando-se a questão do campo e da organização política, o que impede qualquer possibilidade de extensão da cidadania social. Esta concepção fundamenta-se na ideologia do pensamento liberal, na qual produzir bem-estar e satisfação das necessidades sociais na família é compreendido como responsabilidade individual (COELHO, 2002, p. 76).

Entendendo que a família junto ao paciente com doença renal crônica também sofre as mudanças no cotidiano relacionado à doença. A rotina familiar muda completamente com as constantes visitas ao médico, medicações, hospitalizações, tratamento, o que acaba atingindo todas as pessoas que convivem com a pessoa com DRC. Geralmente, a família também vivencia uma situação de crise definida pelo sentimento de impotência, sendo necessária uma atenção voltada aos familiares desses usuários.

A estrutura familiar se desorganiza, é necessário esclarecimentos de dúvidas, acolhimento em relação às suas expectativas sobre a doença e o tratamento, orientações sobre as rotinas que foram modificadas, o apoio profissional aos medos e mitos que surgem.

Portanto, compreende-se que a família na sociedade brasileira hoje, mais que ser reconhecida como instância de cuidado e proteção, deve ser reconhecida como instância a ser cuidada e protegida.

3 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

3.1 Histórico do Serviço Social no Brasil

Neste capítulo vamos discutir o contexto histórico do Serviço Social, abordar sobre o Projeto Ético-Político, um breve contexto histórico do Serviço Social na Saúde, em seguida sobre os Direitos Sociais das pessoas com DRC e o Serviço Social

Para compreendermos o histórico do Serviço Social, é importante entendermos o seu contexto, pois o mesmo surgiu nas lutas de classes, determinada pelas classes operárias com o objetivo de uma sociedade mais justa e igualitária. Esse cenário aconteceu a partir do século XIX, quando as condições dos operários eram muito precárias, as cidades cresciam muito rápido, sem planejamento, as condições de moradias eram péssimas, e as necessidades básicas das pessoas não eram atendidas na mesma velocidade do crescimento da sociedade, levando o crescimento elevado da desigualdade social.

No final da década de 1930 e início da década de 1940, o surgimento do Serviço Social está ligado com ações em obras assistencialistas praticadas por parte da burguesia, Desenvolveu-se como uma profissão de formação feminina de origem católica, tendo como referência o Serviço Social europeu.

É dentro do contexto da igreja católica, que emergem as primeiras escolas de Serviço Social. A igreja católica tinha uma grande influência e poder na sociedade, atuando por meio do assistencialismo⁷ e pregando contra o liberalismo⁸ e o comunismo⁹ no intuito da diminuição da pobreza da classe trabalhadora.

O Serviço Social nascido no bojo da igreja católica mantinha sua ideologia e influência na sociedade, através de caridade, filantropia e benemerência, sendo praticados pelas damas de caridade.

Essas damas da sociedade acreditavam estar cumprindo com suas convicções religiosas e deviam ser um exemplo, de acordo com autor a seguir:

⁷Assistencialismo, caracterizado por Arcoverde (1999) como atuação assistencial que não estabelece o reconhecimento do direito social do usuário, mas se funda no clientelismo (proteção em troca de algo) e paternalismo (excesso da autoridade sob a forma de proteção).

⁸O Liberalismo é uma ideologia que veio a se tornar política econômica em boa parte dos países capitalistas do século XIX. Esta doutrina era baseada nas ideias de que o Estado deveria ter uma autoridade central que se exerceria baseando-se em princípios e garantias políticas preestabelecidas, de acordo com Francisco José Soares Teixeira (Teixeira, 1996, p.260).

⁹ O que caracteriza o comunismo não é a abolição da propriedade em geral, mas a abolição da propriedade burguesa. Ora a propriedade privada atual, a propriedade burguesa, é a última e mais perfeita expressão do modo de produção e de apropriação baseado nos antagonismos de classe, na exploração de uns pelos outros (MARX, ENGELS, 1848, p.30).

Para as damas da sociedade, em muitos casos o apostolado era o modo de cumprir com as suas convicções religiosas, mesmo que em suas consciências ficasse oculta a repercussão política prática da sua intervenção, bem como a maneira de obter uma base de afirmação propriamente feminina. Por isso, a sua experiência de vida, a sua educação familiar, a sua moralidade sólida, a sua honorabilidade e, naturalmente, a sua militância religiosa configuravam os elementos centrais que se punham em jogo no momento da sua ação social (CASTRO, 1993, p. 99).

O Serviço Social surge mediante o desenvolvimento econômico, assim emergindo preocupações com a classe operária. De acordo com Yamamoto (2007).

O Serviço Social se insere e se desenvolve como profissão na divisão sócio-técnica do trabalho, tendo como fator principal o desenvolvimento do capitalismo industrial, a expansão urbana e o crescimento das cidades, onde as pessoas passaram a se mudar para a área urbana em busca de trabalho e melhores condições de vida, assim foi crescendo a classe trabalhadora, também denominada de proletariado para Marx e Engels. Os proletariados são os operários modernos, trabalhadores das fábricas, ou seja, são aqueles que vendem sua força de trabalho para sobreviver. (IAMAMOTO, 2007, p. 50)

É nesse contexto que a classe trabalhadora passa a ser vista e reconhecida como classe, e o Estado passa a ter um papel importante nessa relação entre os trabalhadores e os grandes empresários. Tendo como principal objetivo, intervir diretamente nas relações entre essas duas partes da sociedade, estabelecendo regras que vinham para regular o mercado de trabalho.

A profissão se desenvolve no campo das relações sociais, das ideias de preservação e ampliação do capitalismo. A classe trabalhadora vai se organizando de acordo suas necessidades para melhores condições de trabalho e de vida, portanto o fato de serem subordinados não o impede de lutar por melhorias, sendo que sua força de trabalho é a única mercadoria que tem a oferecer para sobreviver.

Portanto o Serviço Social no Brasil teve sua origem e profissionalização articulada com a história dos processos econômicos, das classes e das próprias ciências sociais, como setores, políticos, sociais e religiosos a partir da década de 1930.

O Serviço Social envolve uma realidade complexa, sendo que a continuidade das práticas caritativas foi expressiva, porém não foi à única. Os fundamentos que legitimam a profissionalização do Serviço Social no Brasil têm relação direta com a intervenção do Estado na questão social¹⁰ e a institucionalização das primeiras Políticas Sociais (PAULO NETTO, 1996).

¹⁰A questão social, objeto de intervenção profissional configura-se nas relações conflituosas que se estabelecem entre o capital e o trabalho, caracterizada como “[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade

De acordo com Oliveira (2017) no ano de 1932, foi fundado o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), voltado para a formação técnica especializada, a partir do qual surgiu a primeira Escola de Serviço Social na pontifícia universidade católica (PUC) de São Paulo, em 1936, vinculada inicialmente à Ação Social.

Em 1937, foi fundada a segunda Escola de Serviço Social na PUC do Rio de Janeiro. O surgimento das escolas de Serviço Social no Brasil foi fruto da influência da Ação Social Católica, “[...] sendo que o Estado não atendia a questão social” (OLIVEIRA, 2017, p. 147).

É no ano de 1945 que ocorre a ampliação do Serviço Social no país, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que aconteceram no panorama internacional, por motivos do término da 2ª Guerra Mundial.

Na década de 1940 a 1950 a profissão permaneceu tendo como base ética e filosófica os princípios advindos da moral religiosa transmitida pela igreja e pela família. O Serviço Social como prática profissional, no mesmo período, também passou a sustentar suas referências doutrinárias e moralizantes nas idéias positivistas.

O positivismo e o projeto social cristão denominam como ordem natural, que a sociedade deve seguir padrões de conduta estereotipados como correto, bem como as determinações dominantes e autoritárias impostas. Na ordem burguesa o indivíduo deve se ajustar à sociedade, ou seja, seus comportamentos devem estar de acordo com as normas e valores determinados, que também, determinam lugares e vinculam papéis sociais. Esta prática profissional era funcional ao desenvolvimento do capitalismo brasileiro, que estava formando sua classe operária, e as políticas sociais que brotavam destinadas à ela necessitavam ser efetivadas por um profissional formado com base no ideário positivista. (MACHADO, 2008, p. 16).

A atuação profissional tinha como objetivo intervir na vida dos trabalhadores, ainda que sua base fosse à atividade assistencial, porém seus efeitos eram fundamentalmente políticos: através do “[...] enquadramento dos trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçando a mutua colaboração entre capital e trabalho” (IAMAMOTO, 1997, p. 20).

De acordo com Martinelli (2005) ao longo dos anos de 1930 e 1940 foi que o Serviço Social brasileiro iniciou sua trajetória à profissionalização e à institucionalização foi por parte do Estado uma tentativa de restaurar a ordem social, através de organismos disciplinadores, opressores e normatizadores das relações de trabalho, assim como, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, as Juntas de Conciliação e Julgamento, a oficialização dos sindicatos, instituições assistenciais e previdenciárias, tais como:

capitalista madura [...]”, ou seja, o âmago da questão se insere na contradição entre a produção coletiva e a apropriação privada do resultado socialmente construído (IAMAMOTO 2004, p. 13).

[...] a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), o Serviço Social da Indústria (SESI), entre outras, que serviram como espaços de estratégias políticas para controlar os movimentos e as reivindicações trabalhistas. (MARTINELLI, 2005, p. 124-125).

Portanto a partir da atuação dos Assistentes Sociais nessas instituições o Serviço Social necessitou de uma apropriação de procedimentos burocrático-administrativos, imprimidos por um sistema organizacional, implicando o uso de técnicas, o que provocou um desgaste do Serviço Social tradicional. Segundo Iamamoto (1997) o Serviço Social legitimado e institucionalizado pelo Estado e pelo setor dominante da sociedade apresenta uma nova realidade profissional, que vai marcar o início do desgaste das bases do Serviço Social tradicional, no qual o profissional quer deixar de ser um apóstolo para investir no caráter de agente de mudança.

De acordo com Paulo Netto (1996) No auge da urbanização e industrialização brasileira com essas novas exigências do mercado de trabalho, o perfil profissional passa a ter contornos modernos em que o desempenho tradicional será substituído por procedimentos racionais. Essas mudanças acarretariam em grandes transformações na formação dos assistentes sociais, inserindo o ensino de Serviço Social no âmbito universitário.

Paulo Netto (1996, p. 126) aponta que a introdução da profissão no âmbito universitário proporcionou aspectos positivos no que se diz ao acesso às disciplinas vinculadas às ciências sociais, bem como à psicologia e à antropologia, que “[...] propiciou institucionalmente a interação das preocupações técnico-profissionais [...]” com tais disciplinas. Entretanto, o autor menciona que essas trouxeram um “[...] viés tecnocrático e asséptico, traços deletérios da universidade da ditadura [...]”, interligando a formação profissional com as necessidades do mercado nacional de trabalho da época, relacionado diretamente às diretivas da autocracia burguesa, implicando a formação de um profissional moderno. O autor denomina esse processo de modernização conservadora.

De acordo com Machado (2008) a modernização conservadora instituída no país exigiu a renovação do Serviço Social face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática administrativa exigindo procedimentos modernos.

O Serviço Social busca, então, o rompimento com a prática profissional exercida até meados da década de 1960, prática essa denominada por Netto (1996) de direção

interventiva e cívica carente de elaboração teórica. A ruptura com essas práticas tem também suas bases de acordo com Paulo Netto (1996, p. 128) “[...] na Laicização do Serviço Social”.

Portanto “[...] a laicização, com tudo o que implicou e implica, é um dos elementos caracterizadores da renovação do Serviço Social, através das elaborações teóricas, dos debates teórico-metodológicos a partir da inserção profissional no âmbito universitário. (PAULO NETTO, 1996, p. 128)

Conforme Martinelli (2005) é no ano de 1965 que se inicia um movimento interno da profissão, nomeado de Movimento de Reconceituação que sugeria novas formas da prática profissional, agora identificadas com os interesses das classes subalternas¹¹.

Portanto é em um contexto histórico particular da América Latina que surge o Movimento de Reconceituação. No ano de 1965 acontece o primeiro seminário Latino-Americano de Serviço Social, que aconteceu em Porto Alegre, considerado um marco inicial do Movimento de Reconceituação.

Assim, foi um momento em que a questão da América Latina diante a dependência dos Estados Unidos estava colocada como questão central, e, o Serviço Social buscou conhecer a realidade latino-americana e constituir um projeto profissional voltado a essa realidade, rompendo com a influência européia e norte-americana.

De acordo com Barbosa (1997) a partir do seminário em Porto Alegre, aconteceram novos seminários, com a preocupação de buscar um Serviço Social próprio para a realidade latino-americana, num total de seis eventos até o ano de 1972, ocorridos no Brasil, Uruguai, Argentina, Chile e Bolívia. Os Seminários trataram da Teorização do Serviço Social, sendo eles Araxá e Teresópolis.

De acordo com Paulo Netto (2005) o documento Araxá foi constituído no primeiro seminário de Serviço Social realizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS), com intuito de exclusão dos métodos assistencialistas com objetivo de constituição de novas conjecturas teórico-metodológicos.

Segue o mesmo autor ressaltando que o documento de Teresópolis contou com a participação de trinta e três profissionais, sendo um estudo sobre a metodologia do Serviço Social, em que se colocou a pensar a prática e sua interlocução com a teoria, uma concepção operacional da profissão, pautando-se na qualificação do assistente social.

¹¹ Conforme Yazbek (2006 p. 61-74). “Classes subalternas” é um conceito que é tanto dos incluídos, como dos excluídos do mercado formal de trabalho, o que permite contemplar as diferenciações internas das classes subalternizadas. Uma análise que privilegia “[...] a condição de dominação, de exploração e de exclusão do usufruto da riqueza socialmente produzida”. Contudo, vale mencionar que este não era o conceito utilizado nos anos de 1960.

Portanto, de acordo com Paulo Netto (2005) é importante destacar que os documentos de Araxá e Teresópolis, possuem características e ênfases diferentes, mas podem ser tomados como modelos da tentativa de adequar as representações do Serviço Social nas tendências sócio-políticas que a ditadura tornou dominantes e que não eram objeto de grande questionamento por parte dos protagonistas da elaboração dos documentos.

Faleiros (1981) ressalta que o Movimento de Reconceituação consistiu em um movimento de crítica ao positivismo e ao funcionalismo e na fundamentação da visão marxista na história e na estrutura do Serviço Social.

A ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalista excludente, concentradora, exploradora. Esse movimento reflete as contradições e confrontos das lutas sociais em que embatem tendências de conciliação e de reforma com outras de transformação da ordem vigente no bojo do processo revolucionário e ainda com outras que visam apenas modernizar e minimizar a dominação.” (FALEIROS, 1987, p.51).

Conforme Iamamoto (2001) no Brasil o movimento emergiu para dar resposta a uma crise interna da profissão, estimulada por uma crise estrutural e conjuntural na realidade do país. Assim a direção do Serviço Social brasileiro se diferencia da direção do Serviço Social latino-americano no ano de 1964 na ditadura militar. O Serviço Social brasileiro procurou atuar por meio de uma tendência modernizadora que buscou o avanço técnico da profissão, preocupado com o processo de desenvolvimento e a ratificação do modelo econômico implantado no pós-64.

O propósito nessa época da ditadura, período marcado pela repressão, era o de legitimar o modelo econômico e político de controle da sociedade, em função do avanço da industrialização e urbanização, período marcado, também, pela modernização, caracterizado pelo *milagre econômico*. As empresas privadas, além das ações do Estado (em seu aparato público), passaram a assumir medidas de política social como estratégias salariais, efetivando uma dependência e uma maior subordinação do trabalhador, bem como constituíram um vasto campo de inserção do Serviço Social (SILVA e SILVA, 2002, p. 82).

Martinelli (2005) afirma que o Movimento de Reconceituação estava dividido, entre a categoria profissional, àqueles que ela chama de agentes reconceituados e os não-reconceituados, em tradicionais e revolucionários, que se explica por meio do processo histórico, bem como pela fragilidade da consciência social da categoria, ou seja, esse movimento se deu em resposta a uma crise interna da profissão acentuada pela realidade brasileira da época. A alienação e a crítica compartilhavam, no mesmo espaço temporal e

profissional, contrários de uma relação, em que a frágil consciência coletiva da categoria dificultava a busca por um projeto único.

A contradição principal entre alienação e crítica, entre prática conservadora e prática política, revolucionária, se não totalmente resolvida, ao longo do tempo tornara-se uma contradição consciente e assumida. A própria identidade, no curso desse processo dialético, deixou de ser encarada como algo estático, imóvel e definitivo. Posta em seu lugar no cerne do movimento, envolvida por múltiplas forças contraditórias, a identidade começou a ganhar uma nova dimensão de força viva, de movimento permanente, de construção constante (MARTINELLI, 2005, p. 147).

O Movimento de Reconceituação iniciava uma nova era para o Serviço Social, a investigação por alternativas para uma ação que atendesse as demandas específicas da sociedade, que acabou levando os assistentes sociais à busca de uma revisão de seus conceitos e da forma de interpretar a realidade, uma nova visão de mundo e de sociedade.

De acordo com Paulo Netto (2005) foi nos anos de 1972 e 1975 através do trabalho realizado pelo grupo de profissionais da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais em que se formulou o Método Belo Horizonte, conhecido como Método BH. Neste documento criticou-se a neutralidade do Serviço Social tradicional e a maneira como a profissão apreendia a realidade.

O Método sugeria uma atuação profissional que tivesse como finalidade a transformação social através da conscientização, capacitação e organização da classe subalternizada, apresentando uma preocupação com os critérios teóricos, metodológicos e interventivos direcionados à classe trabalhadora explorada pela burguesia.

Portanto enfatiza Paulo Netto (2005) que o Movimento transferiu para os assistentes sociais a identificação político ideológica da existência de lados opostos, duas classes sociais, dominantes e dominados, negando, portanto a neutralidade profissional, que de acordo com a história tinha orientado a profissão. Esta percepção abriu na categoria a possibilidade de articulação profissional com o projeto de uma das classes, dando início ao debate coletivo sobre a dimensão política da profissão.

Então, nasce o novo projeto do Serviço Social, através da negação do conservadorismo profissional, proveniente das décadas de 1970 a 1980, momento este importante no desenvolvimento da profissão no Brasil, destacando-se principalmente pelo enfrentamento e pela denúncia desse conservadorismo.

Contudo e nesse meio da recusa, da crítica ao conservadorismo, que se deu a origem de um novo projeto profissional, que nos anos 1990 foi denominado de Projeto Ético-Político.

3.2 O Projeto Ético-Político do Serviço Social

O Projeto-Ético Político da profissão no Brasil vem para marcar o Serviço Social no país, e teve início nas décadas de 70 a 80. “[...] este período marca um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional” (PAULO NETTO, 1999, p.01).

O Projeto Ético-Político do Serviço Social foi uma construção coletiva, de caráter histórico, sujeito a transformações, teve sua origem a partir do Movimento de Reconceituação na intenção de ruptura com a herança conservadora.

O projeto hegemônico do Serviço Social foi sendo construído, articuladamente com as lutas mais gerais da sociedade, e procurou romper com a herança conservadora da profissão. Seus principais formuladores foram as entidades da categoria e os profissionais vinculados à academia, tendo como marco o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, de 1979, conhecido como “congresso da virada” (BRAVO, 2006, p.35).

O Projeto Ético-Político teve sua base ligada às condições políticas de resistência da ditadura e as demandas democráticas, à legitimação acadêmica por meio da graduação e o surgimento dos cursos de pós-graduação. Portanto foi a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) que estimulou a reforma curricular nas grandes e produtivas discussões que resultaram na reformulação da formação profissional com base no enfrentamento democrático da questão social, bem como na conquista de direitos civis e sociais que acompanhou a restauração democrática na sociedade brasileira.

A luta pela democracia na sociedade brasileira, encontrando eco no corpo profissional, criou o quadro necessário para romper com o quase monopólio do conservadorismo no Serviço Social: no processo da derrota da ditadura se inscreveu a primeira condição – a condição política – para a constituição de um novo projeto profissional (PAULO NETTO, 2008, p.10).

O movimento de renovação da profissão se deu através de três direções fundamentais, sendo elas: a perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

- **Perspectiva modernizadora** que adéqua o Serviço Social às idéias desenvolvimentistas do pós-64 e à autocracia burguesa, em que a atuação profissional privilegia a remoção de obstáculos e solução dos problemas, por meio de um conjunto de técnicas sociais;

- **Reatualização do conservadorismo** que recupera o pensamento funcionalista e positivista conservador, os profissionais partiam do entendimento da prática profissional como ajuda, mas agora com um cariz de modernidade, com aportes teóricos que pudessem interpretar adequadamente e compreender as necessidades do indivíduo;
- **Intenção de ruptura** que revela a oposição ao legado tradicional conservador, bem como a não aceitação da vertente modernizadora, se aproxima da tradição marxista e busca romper com este histórico conservador (PAULO NETTO, 1996, p. 38).

Conforme Yazbek (2000) foi a partir dos anos de 1980 a 1990 que o referencial marxista irá inspirar o pensamento e a atuação da profissão. É a partir daí com a apropriação do pensamento de Gramsci e suas abordagens sobre o Estado, sociedade civil, ideologia, hegemonia, subjetividade e cultura de classes subalternas, chegando a outros autores como Agnes Heller e a problematização do cotidiano, Lukács e o ser social no trabalho, Thompson e as experiências humanas, que irão estimular a formação do assistente social e seu processo teórico-metodológico, um novo momento profissional, a ruptura com o conservadorismo e o avanço na produção do conhecimento.

Portanto é no contexto da redemocratização e da intenção de ruptura que surge o Código de Ética de 1986, fundamentado na concepção marxista, sem aprofundamentos sobre os escritos de Marx, limitando-se ao conceito de classe social, conforme afirma Barroco (2004).

De acordo com Reis (2004) no código de 1986, o Serviço Social liga seus compromissos aos da classe trabalhadora, recusando a neutralidade na prática profissional e reconhecendo a dimensão política dessa prática. O Código de 1986 apresentou significativas conquistas que foram asseguradas no Código de 1993.

É na década de 1990 que acontece o processo de concretização do Projeto Ético-Político, que aponta a maturidade da profissão, por meio de um expressivo número de centros de formação (pós-graduação), que expandiu a produção de conhecimentos, bem como a participação da categoria profissional em fóruns de debates, conferências, seminários, entre outros espaços políticos.

Ao longo da década de 1990 a categoria profissional trouxe para o debate a crise da modernidade e dos paradigmas nas Ciências Sociais, classes sociais e movimentos sociais, seguridade social, pluralismo e formação profissional, transformações no mundo do trabalho, projeto neoliberal, mudanças no padrão de acumulação e regulação social, políticas públicas e democracia, diretrizes curriculares e pesquisa em Serviço Social, fundamentos sócio-históricos da ética e defesa de direitos, novas configurações do Estado e da sociedade civil, reforma do sistema educacional, globalização da economia, transformações da questão social e processos de exclusão social, educação-infância e juventude, relações de gênero e etnia, família e sociedade, idoso e pessoas com deficiências, questão urbana e meio ambiente,

questão agrária e indígena, direitos humanos, entre outros tantos temas (VINAGRE e PEREIRA, 2007, p. 53).

De acordo com Yamamoto (2007) todas as diretivas norteadoras do projeto profissional, construídas ao longo das décadas de 1980 e 1990 a partir dos diversos debates, congressos, seminários, oficinas, enfrentamentos políticos em defesa da democracia e da ampliação dos direitos civis e sócio-políticos, entre outras manifestações de luta, se estenderam no Código de Ética de 1993.

O Código de Ética de 1993 se configura como um dos instrumentos que dá materialidade ao projeto ético-político profissional e solidifica à ideia de comprometimento profissional com a classe trabalhadora, bem como com os movimentos sociais desencadeados no contexto da elaboração da promulgação da Constituição Federal de 1988 (VINAGRE e PEREIRA, 2007).

Segundo Barroco (2004) é a partir do novo Código que o projeto profissional começa a ser tratado como Projeto Ético-Político, em que o ético e o político são compreendidos como homogêneos, porém com naturezas ontologicamente distintas. A autora afirma que a categoria profissional buscou concretizar hegemonicamente o projeto profissional em que a ética foi posta como eixo central e fundante.

Portanto foi na década de 1999 adentrando em 2000 que o projeto profissional adquiriu maturidade teórica, bem como reuniu um conjunto de leis e regulamentos que o fortaleceu legalmente. A Constituição Brasileira de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei 8060/90), a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei 8080/90), a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei 8742/93), a Lei que regulamenta a profissão (Lei 8662/93) que legitima os Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social, bem como define competências e atribuições privativas do assistente social, as novas Diretrizes Curriculares dos cursos de Serviço Social (1996) são basicamente os aspectos constitutivos que deram materialidade ao projeto ético-político profissional (ABRAMIDES, 2007).

Reis (2004, p. 5) aponta três dimensões articuladas entre si que materializam o Projeto Ético-Político:

- **Dimensão da produção** de conhecimentos do Serviço Social, local onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional, é a dimensão investigativa da profissão que tem como parâmetro a afinidade com as tendências teórico-críticas do pensamento social;
- **Dimensão político-organizativa** da categoria é o *lócus* em que se assentam os fóruns de deliberação, as entidades representativas da profissão (o conjunto CFESS/CRESS Conselho Federal e Regionais de Serviço Social) a ABEPSS e as demais associações político profissionais, além do movimento estudantil

representado pelos Centros e Diretórios Acadêmicos e pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO);

- **Dimensão jurídico-política** da profissão que traz o aparato jurídico-político e institucional da profissão envolve um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos, nessa dimensão existem duas esferas diferenciadas, porém articuladas, o aparato político-jurídico de caráter estritamente profissional (determinados componentes construídos e legitimados pela categoria, como por exemplo, o atual Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão e as novas Diretrizes Curriculares conforme mencionamos anteriormente), e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente (o conjunto de leis advindas do capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988).

Guerra (2005) aborda que foi estabelecido pelas diretrizes da ABEPSS um novo currículo apresentando desenvolvimento do projeto de formação profissional dos assistentes sociais, em que a prática de ensino deve ser pautada em princípios transformadores, comprometidos com uma pedagogia crítico-social, envolvendo a teoria com a realidade, no qual ensinar é capacitar para a ação consciente, em que torna os indivíduos sujeitos da sua história.

De acordo com Machado (2008) a dimensão política do projeto está clara, também, no posicionamento à disposição da justiça e da equidade social, da participação política, da consolidação da cidadania, da democracia, universalização de bens e serviços, da socialização da riqueza. No contexto profissional o projeto está voltado à formação, competência e aprimoramento intelectual do assistente social, que garanta a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

No Projeto Ético-Político, obtém onze princípios¹² importantes para respaldar a atuação do assistente social, traz a liberdade como valor central, liberdade enquanto emancipação, autonomia e expansão dos indivíduos sociais, sem dominação de classe, gênero e etnia e a defesa dos direitos humanos, em amparo da coletividade.

Segundo Vinagre e Pereira (2007) esse código acarreta na superação e oposição da compreensão neoliberal de liberdade, em que o indivíduo só pode chegar ao máximo do que é capaz dependendo de seu esforço individual.

Os Princípios Fundamentais do Código de Ética do Serviço Social são:

1. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
2. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
3. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;

¹²Fonte: Disponível em http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf. Acessado em 20/09/2018.

4. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
5. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
6. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
7. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
8. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero;
9. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
10. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
11. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. (CFESS, 1993, p. 23-24).

O Serviço Social é uma profissão que sempre vem reforçar aos seus usuários que eles são sujeitos de direitos. Prioriza o direito à vida, à liberdade e à autonomia, à igualdade, à justiça, à paz, à democracia e às relações com a sociedade e sua natureza.

Centra-se nas necessidades humanas exigindo que as mesmas sejam satisfeitas, tem caráter de justiça básica, considera os direitos humanos o princípio organizativo da sua ação, voltado à autonomia dos indivíduos e/ou grupos, e é legitimando-o que construiremos uma sociedade mais digna, onde seus membros terão satisfeitas as necessidades humanas reais e urgentes, caracterizando uma sociedade autônoma e democrática. (MACHADO, 2008, p. 30).

De acordo com Bobbio (1997) a autonomia se refere às condições e possibilidades para a participação, como um valor democrático, um ato de liberdade, construída cotidianamente, uma forma de ver o mundo e fazer possível a vida digna para todos, aceitando as diversidades. Portanto são os recursos e oportunidades que permitem as pessoas participarem plenamente da vida pública e privada, uma estrutura comum de ação isenta de assimetria de oportunidades. As pessoas não possuem autonomia, quando uma sociedade é desigual social, econômica e politicamente, não se vêem como sujeitos de direitos, as necessitam de ajuda.

Sabe-se que as referências históricas do Serviço Social são relacionadas à ajuda, presentemente apresentadas pelos usuários, talvez como uma estratégia de sobrevivência. Buscando auxílio e, muitas vezes o mesmo auxílio, em várias instituições, porque as políticas sociais ainda não funcionam na lógica do direito da integralidade.

Portanto fica explícito que é importante garantir e tornar efetivos tais direitos, cumprindo a formalidade, por meio de lutas e organização social privilegiando os interesses coletivos, assegurando a satisfação das necessidades básicas, assim, é necessário o fim das relações sociais baseadas na ajuda.

Machado (2008) aponta que como exposto no Código de Ética (1993) o valor central da liberdade, também o compromisso com o projeto profissional, se chocam com a dinâmica social capitalista de flexibilização e desregulamentação, mercantilização das relações sociais, competitividade, individualismo, privatizações, desaparecimento, no campo real e não legal, dos direitos sociais e trabalhistas, desresponsabilização do Estado, desemprego, naturalização da exploração, dentre outros.

É importante ressaltar que Braz (2007) aponta para a existência de uma crise no Projeto Ético político profissional, tendo a política neoliberal como uma ameaça para efetivação desse projeto.

Paulo Netto (2007) aponta a conjuntura atual como uma ameaça para a viabilização do projeto profissional, tanto por principalmente estar reduzindo a profissão à assistência social e estratégia de redução de pobreza, como pelos choques que tem sofrido a educação superior desde os anos noventa, que “[...] opera para degradar e aviltar a formação profissional [...]” (NETTO, 2007, p. 39), através de um grande processo de mercantilização e massificação da educação superior e da educação à distância.

[...] a reforma do ensino superior é uma questão que afeta à formação e ao exercício profissional. Sem a pesquisa e a produção do conhecimento, estão comprometidos o estatuto profissional e a autonomia intelectual, cultural e científica que são requisitos da realização do projeto ético-político profissional. (MOTA, 2007, p. 99).

Para Braz (2007), o que coloca o projeto profissional em crise é a falta de alternativa concreta ao sistema capitalista, provocado pelo fim do socialismo real a nível mundial. No Brasil, a falta de alternativa ao projeto neoliberal se apresenta quando Lula é eleito para a presidência, se mostrando longe de ser uma alternativa ao neoliberalismo do governo anterior. Por conseguinte, “[...] a crise de projeto societário das classes trabalhadoras impõe uma crise ao nosso projeto profissional” (BRAZ, 2007, p. 07).

Portanto fica explícito que esse crescimento do ensino superior no país tem rebatimentos claros na profissão, que tem ampliado seu quadro profissional, sem assegurar a qualidade no processo de formação. Essa fragilidade repercutirá no exercício desses profissionais, pois “[...] quando desqualificado, vulnerabiliza a imagem da profissão no

sentido de sua valorização na sociedade, além de pressionar para baixo as já desfavoráveis condições salariais” (BRAZ, 2007, p. 09).

É evidente que a modalidade de educação à distância tende a fragilizar o Projeto Ético-Político do Serviço Social, tendo em vista as lacunas enfrentadas na formação, através de uma forma de ensino sem a troca de conhecimento, sem o debate e sem uma visão crítica da realidade.

Portanto é claro a necessidade de articulação por parte da categoria como forma de fortalecer o exercício profissional, sabendo que a atual conjuntura rema na contracorrente dos direitos sociais e dos princípios defendidos pelo projeto profissional, desmontando as políticas sociais e apresentando-se como desafio para o avanço do Projeto Ético-político do Serviço Social.

Portanto, como enfatizado anteriormente sobre o histórico do Serviço Social no Brasil e seu projeto Ético-Político, no título a seguir vamos ressaltar sobre o Serviço Social na saúde que foi um marco importante para a profissão de Serviço Social.

3.3 O Serviço Social na Saúde

De acordo com Bravo (1996, apud, MATOS, 2003) a inserção e atuação do Serviço Social na Saúde aconteceram primeiramente no âmbito curativo e com abordagem individual, conjuntura que somente na década de 1980 ocorre mudanças significativas. Para a autora o Serviço Social ganha espaço na área da saúde no ano de 1930 a 1979, por motivos da alteração da política de saúde no Brasil, portanto ela surge e se desenvolve com influência européia.

Bravo (2003) aponta um dos motivos para que se ampliasse espaço na área da saúde para o Serviço Social foi o novo conceito de saúde, elaborado pela organização mundial de saúde (OMS) em 1948, que destaca os aspectos biopsicossociais¹³, vinculados ao agravamento das condições de saúde da população, exigindo dos serviços de saúde um trabalho em equipe multidisciplinar. Nesse aspecto o assistente social destacou suas atividades em prática educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da Política de Saúde.

¹³Conforme DeMarco (2006, p.64) A perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social.

Outra razão significativa que impulsionou a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde, que foi a consolidação da Política Nacional de Saúde no país no período de 1945 a 1950, com a ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social, a qual gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter seletivo, pois esta assistência não era universal. Assim, o assistente social é chamado para atuar em hospitais, servindo de mediador entre a instituição e a população, com a finalidade de viabilizar o acesso desta aos serviços e benefícios. Estas ações eram: “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária”. O Serviço Social Médico, como era denominado, atuava com o Serviço Social de Casos, onde a participação só era visualizada no individual, em prol da adaptação do “cliente” ao tratamento. (Bravo 1996, apud, MATOS 2003, p. 90).

Algumas modificações aconteceram no Serviço Social após a década 1960, como questionamentos sobre a direção do Serviço Social brasileiro ou o que podia ser considerado incerto. Portanto debates começaram a aparecer na discussão e críticas sobre o conservadorismo. Modernização conservadora que se implantou no país exigiu a renovação do Serviço Social, frente às novas estratégias de controle e repressão efetivadas pelo Estado e principalmente pelo capital, bem como para o atendimento de novas demandas.

Esse processo de revisão da profissão é uma exigência da realidade, uma vez que, para atender as demandas, torna-se indispensável a adoção de padrões e técnicas modernas que se contraponham àquilo que poderia oferecer o chamado ‘Serviço Social tradicional’. Essa modernização se caracterizará pela preocupação com o aperfeiçoamento do instrumental técnico, de metodologias de ação, da busca de padrões de eficiência, sofisticação dos modelos de análise e diagnóstico. (CARVALHO e IAMAMOTO, 2003, p. 364-365).

No ano de 1970 houve um grande marco para a história da saúde, foi o Movimento de Reforma Sanitária, que teve suas bases iniciais voltada a promoção de saúde, um estado democrático de direito e responsável pelas políticas sociais.

Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; universalização das ações; melhoria da qualidade dos serviços; com adoção de um novo modelo assistencial pautado na equidade das ações, a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; descentralização do controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. (CFESS, 2010, p.19).

Segundo Bravo (2009) a reforma sanitária surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o péssimo quadro do setor saúde, sempre o movimento pautou suas ações pelo questionamento dessas desigualdades do setor saúde. Foi na década de 1960, que se tiveram as primeiras articulações, quando foi abordado pelo golpe militar de 1964.

Portanto Bravo (2009) o movimento foi composto por profissionais da saúde, intelectuais, estudantes, movimentos sociais entre outros, que lutaram por uma nova Política

de Saúde no Brasil. Uma política que deveria garantir o acesso universal da população nas ações e serviços de saúde, reorganizar o sistema de saúde e a descentralização do poder decisório.

Borges (2012) destaca que na década de 1980 foi de extrema importância para o Serviço Social, pois, foi nessa época que a profissão caminhou para uma tentativa de ruptura com seu conservadorismo, através do Movimento de Reconceituação e na área da saúde ganhou um enfoque mais crítico, baseado numa linha marxista, a qual é responsável pela contribuição decisiva no processo de ruptura teórica e prática tradicional.

De acordo com Martinelli (1997) foi neste período que o Serviço Social superou os limites institucionais, impondo-se como produtor de conhecimento e da realização da pesquisa como auxílio para entender as novas exigências que são impostas para sua intervenção.

Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas as lacunas no fazer profissional, observou-se uma mudança de posição com adoção de uma postura um pouco mais crítica dos profissionais com relação às atividades desenvolvidas nas unidades de saúde e tal reflexo puderam ser percebidos nos trabalhos apresentados em Congressos da categoria e nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva de 1985 e 1989. (BRAVO, 2004, p. 34).

De acordo com Bravo (2009) no final da década de 1980 passando pela década de 1990, chegando no ano 2000, foram anos de grandes mudanças para o Serviço Social, contudo pelo lado da ampliação no mercado de trabalho na área da saúde mais também aos desafios e novas exigências impostos ao profissional. Como também dentro desses períodos momentos marcantes, como a promulgação da Constituição Federal de 1988, a concretização do SUS, a criação do Código de Ética do Assistente Social, especificamente para a área da saúde, o documento chamado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde. (COSTA, 2012, p. 38).

Bravo (1996) destaca que no ano de 1990 o Serviço Social segue sendo uma profissão desarticulada da reforma sanitária, sendo neste período que é implantado o projeto neoliberal no país. Este projeto político-econômico confronta-se com o Projeto Profissional hegemônico no Serviço Social, e com o projeto da Reforma Sanitária, sendo questionado, e ao

contrário dos princípios é fundado o projeto privatista, ligado ao mercado que tem como características o atendimento focalizado às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços.

O desafio atual para o Serviço Social passa pela construção de uma proposta crítica e criativa de trabalho que consiga conciliar o papel profissional dentro de uma equipe multidisciplinar, a conquista e ampliação do espaço profissional dentro das unidades de saúde sem perder de foco a busca constante pela consolidação da saúde como direito social de todo cidadão, tendo como norte o projeto ético político profissional e a base democrática de acesso universal igualitário, com equidade e justiça social proposto pela Reforma Sanitária. (MACHADO, 2008, p. 35).

Nozawa (2010) afirma que a grande luta é para que o Serviço Social na saúde assuma seu papel, com direção no Projeto Ético Político e que os assistentes sociais não sejam meros sanitaristas ou Serviço Social clínico, tendo claro seu objetivo profissional que é o da defesa intransigente de direitos.

Bravo (2006) aponta que além da disputa de dois projetos políticos na área da saúde, o da reforma sanitária e o privatista, os dois proporcionam para o profissional do Serviço Social exigências diferentes. O primeiro estabelece que o assistente social busque a democratização, atendimento humanizado, interdisciplinaridade etc., já o segundo dispõe da ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo, abordagens individuais, seleção socioeconômica dos usuários, aconselhamento.

O distanciamento dos preceitos profissionais e da reforma sanitária gera preocupações no sentido de que o assistente social passa a exercer outras atividades, não se identificando mais como tal, e assim, exerce apenas ações que lhe são dirigidas, distanciando-se do objetivo da profissão, que na saúde contempla a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença. (Bravo, 2006, p. 50).

Portanto foi na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida no ano de 1996, que reforça a necessidade de concretizar o Sistema Único de Saúde, respeitando todos os seus princípios e objetivos, a relevância da interdisciplinaridade nos espaços do SUS e reconhecimento de indispensáveis ações por parte dos profissionais de nível superior, constitui marco na concepção de saúde e a integralidade da atenção, reconhecendo o Assistente Social como profissional de saúde, entre outros. (BRASIL, 1997, [sp]).

A Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) n.º 383/99 de 29/03/1999, "Caracteriza o assistente social como profissional da saúde". (CFESS, 1999, [sp]), considerando os princípios estabelecidos na constituição de 1988, tendo a saúde como

dever do Estado e direito do cidadão e que foi constituindo um novo conceito saúde estendendo o entendimento da relação saúde-doença.

Enfatizando também que a 10ª Conferência Nacional de Saúde, reforça a necessidade de consolidação do SUS e entre outros fatores destaca que:

Considerando que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País; Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais. (CFESS, 1999, [sp]).

Portanto em 2010, foram elaborados os parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde, onde traz as formas de atuação e direciona o modo de ação dos profissionais e desta forma mostra que para que o profissional pense ou realize uma atuação de forma competente e crítica,

Deve também o Assistente Social, seguindo os parâmetros de atuação, construir espaços, articulados com outros profissionais de saúde com intuito de fortalecer a participação destes e da população nas decisões que serão tomadas sobre assuntos de relevância para suas necessidades; Assessorar movimentos sociais e conselhos a fim de fortalecer a participação da população, bem como viabilizar para que seja efetuado o controle, fiscalização e elaboração das políticas de saúde aprofundando desta forma os direitos já adquiridos. (CFESS, 2010.p 30-31).

Conforme traz os parâmetros do CFESS (2010, p.39) referente à: "[...] alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersectorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade."

De acordo com o CFESS (2010), uma atuação competente do Serviço Social na Saúde pressupõe:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;

- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p.30).

A atuação do assistente social na saúde se dá nas mais variadas áreas e segue quatro grandes eixos que são: “atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional; ações socioeducativas, articulação com a equipe de saúde”. As ações socioassistenciais, consideram-se, segundo CFESS, (2010, p.65), a principal demanda dos assistentes sociais.

Portanto Vasconcelos (2001) aponta que os assistentes sociais na área da saúde vêm assumindo novas posturas como participar do processo de gestão da saúde, atuar nos conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, bem como são chamados a trabalharem na realização de atividades em que os profissionais, assessoram, organizam e realizam cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas de trabalho, reuniões, dentre outras. A autora aponta:

Que a busca de uma ruptura, teórico-prático com um fazer profissional tradicional, conservador, que contribui somente para reprodução social, não se efetivará sem uma articulação sistemática e de qualidade entre academia e profissional tradicional. Desse modo, tais questionamentos acontecem devido ao fato que teoria e prática nem sempre andam juntas, mais que uma depende da outra. (VASCONCELOS, 1999, p.16).

Portanto é importante compreender que não pode haver uma separação da prática profissional com a teoria, pois elas andam juntas, para não atuarmos apenas reproduzindo práticas passadas, sem colocarmos em prática nossas dimensões, ético-política, técnico-operativa e principalmente teórica- metodológica, sempre na perspectiva de trabalharmos em defesa do direitos dos usuários.

O trabalho do assistente social deve estar sempre articulado aos princípios do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social, proporcionando assim respostas para as demandas dos usuários.

Porém é impossível falar do Serviço Social na Saúde e não ressaltamos sobre os Direitos Sociais, entendendo a importância dos mesmos para todos, portanto no título a seguir vamos abordar sobre os Direitos Sociais e o Serviço Social.

3.4 Os Direitos Sociais e o Serviço Social

De acordo com Silva (2011) os direitos sociais estão intrinsecamente ligados ao direito de igualdade, que são conquistas dos movimentos populares sendo reconhecidos internacionalmente e pela Constituição da República Federativa do Brasil (1988, p. 18) a qual os inaugurou em seu art. 6º, que dispõe: “[...] São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Portanto o autor define Direitos Sociais como:

[...] prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas nas normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização das situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que cria condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. (SILVA, 2001, p. 285).

Marmelstein (2008, p. 51) define os Direitos Sociais dizendo que “[...] impõem diretrizes, deveres e tarefas a serem realizadas pelo Estado, no intuito de possibilitar aos seres humanos melhorias na qualidade de vida e um nível razoável de dignidade como pressuposto do próprio exercício de liberdade”.

De acordo com Ferreira et al.,(2015) a vigência desses direitos remete-nos ao início da formação de uma sociedade justa e igualitária, em que todos os cidadãos têm acesso a um conjunto de direitos.

Portanto assim o autor destaca:

Os direitos sociais foram descritos e positivados internacionalmente na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, afirmando com isso, para a efetivação do Estado Democrático de Direito, onde o Estado não defende e nem assegura apenas o direito de poucos. A sua representatividade se dá pela maioria, é a vontade do povo

que se faz soberana. Foi a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que o humanismo político da liberdade alcançou seu ponto mais alto do século XX. Trata-se de um documento de convergência e ao mesmo passo de uma síntese. (BONAVIDES, 2007, p. 574).

Andrade et al.,(2015) afirmam que os direitos sociais podem ser definidos como aqueles fundamentados na igualdade social, econômica e cultural entre os cidadãos, visando à estabilidade social com melhor qualidade de vida e igualdade social entre classes, de modo que cada um tenha direito à saúde, educação, moradia, lazer, assistência social etc., ocorrendo à efetivação dos mesmos por meio de instituições prestadoras desses serviços.

Telles (1999) ressalta que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, identifica que tais direitos, associados aos direitos civis e políticos, têm status de direitos humanos, entendendo em que a vida com plena dignidade não pode ser dissociada do uso deste conjunto de direitos, o que nos encaminha à definição de cidadania, apresentada por Thomas Marshall (1967).

Portanto para o autor entende-se que:

A cidadania é a conjugação de três elementos básicos, os quais ele chama de elemento civil, elemento político e elemento social. Podemos dirigir-nos a estes elementos como direitos, onde o direito civil é referente à liberdade individual como o direito de ir e vir, da propriedade privada, da justiça, dentre outros. Já o direito político denota a participação política e ativa do cidadão, como eleitor dos seus representantes ou responsável e/ou participante de instituições políticas. Por fim, os direitos sociais, colocados em evidência, referem-se a um direito mínimo de bem estar abrangendo também o econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. (MARSHALL, 1967, p. 63-64).

Assim entende-se que os Direitos Sociais devem possibilitar a provisão das carências sociais, viabilizando as necessidades básicas a fim de promover uma vivência saudável da população.

Portanto é importante ressaltar que o Serviço Social, enquanto profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, se faz socialmente necessário na medida em que intercede à relação capital e trabalho e se compromete com a defesa intransigente dos direitos humanos. Dentre os princípios fundamentais que norteiam a profissão de assistente social, podemos mencionar a “[...] ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 1993, p. 23).

O conhecimento dos Direitos Sociais para o assistente social é indispensável, tendo em vista que se faz um dos instrumentos de trabalho mais importantes, pois, a partir

desse conhecimento, o profissional irá interagir com o usuário, viabilizando as políticas sociais necessárias à satisfação de suas necessidades.

De acordo com Iamamoto (2004) o Código de Ética Profissional dos assistentes sociais de 1993, por exemplo, apresenta 11 princípios que expressam o Projeto Ético-Político do Serviço Social, responsáveis por direcionar o saber e o fazer da profissão, tendo a liberdade como eixo fundamental do “ser social”. Em acordo com os princípios, o projeto profissional assume, na atualidade, um compromisso total com a cidadania, com a efetivação dos direitos humanos e com a recusa dos preconceitos, contemplando o pluralismo das correntes teóricas.

Portanto para os autores Aquino e Maciel (2013) a dimensão política coloca-se a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e Políticas Sociais. Ressalte-se, também, a defesa da ampliação e consolidação da cidadania para a garantia dos Direitos Sociais, Cívicos, Políticos, Econômicos e Culturais das classes trabalhadoras, com um perfil totalmente democrático.

A atuação comprometida e propositiva deste profissional tende a contribuir para a “[...] qualidade do espaço público, para o controle social e, em última instância, para a construção de uma nova ordem social” (VASCONCELOS, 2001, p. 244). O assistente social atua como um grande articulador, ao passo em que seu conhecimento da gama de direitos sociais, das instituições e dos caminhos necessários faz com que o usuário usufrua da herança social, como postula Marshall (1967).

Portanto Vasconcelos (2001, p. 244) a atuação comprometida e propositiva deste profissional tende a contribuir para “[...] a qualidade do espaço público, para o controle social e, em última instância, para a construção de uma nova ordem social”. O assistente social atua como um grande articulador, ao passo em que seu conhecimento dos Direitos Sociais, das instituições e dos caminhos necessários faz com que o usuário desfrute da herança social, como o autor Marshall (1967) menciona na citação acima.

Pastorini (2011, p. 71) ressalta que profissional deve estar disposto a reconhecer a importância das Políticas Sociais “[...] como “ações que orientam o esforço social para a obtenção de um aumento nos níveis e qualidade de vida da população, contribuindo, dessa forma, para a diminuição das desigualdades sociais”.

Analisando esse contexto entende-se que, é impossível pensar a formação profissional dos assistentes sociais sem Direitos Sociais, visto que a viabilização dos direitos é o principal objetivo da profissão, utilizando, para isto, toda a reflexão teórica que é proporcionada, o planejamento e gestão de planos, programas e projetos, os direcionamentos

do Projeto Ético-Político, sendo assim, os direitos permeiam toda a profissão do Serviço Social.

Assim, abordamos sobre o Serviço social, Saúde e Direitos Sociais, compreendendo que o objetivo do trabalho é o Serviço Social na efetivação dos direitos a saúde dos usuários com doença renal crônica e entendermos a importância do Serviço Social junto a esses pacientes. No próximo título vamos abordar sobre o Serviço Social na efetivação dos direitos à saúde do paciente com doença renal crônica (DRC).

4 O SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DO USUÁRIO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

Nesse capítulo vamos discutir sobre a importância do Serviço Social na efetivação dos direitos dos usuários com doença renal crônica, tanto antes de discorrer sobre o tópico, vamos falar sobre a metodologia utilizada nos estudos.

4.1 Procedimentos Metodológicos da Pesquisa

Essa pesquisa foi realizada através do método crítico dialético, um método que busca enxergar além da aparência, para que se chegue a compreensão do real, procurando se aproximar ao máximo possível do objeto com a finalidade de que se chegue à verdadeira realidade. Diante disso, o referido método possibilitou se aproximar e compreender a realidade vivenciada pelos usuários com doença renal crônica.

A dialética que concebe o mundo como um conjunto de coisas estáticas, pois a,

Grande idéia fundamental segundo a qual o mundo não deve ser considerado como um complexo de coisas acabadas, mas como um complexo de processos em que as coisas, na aparência estáveis, do mesmo modo que os seus reflexos intelectuais no nosso cérebro, as idéias, passam por uma mudança ininterrupta de devir e decadência, em que, finalmente, apesar de todos os insucessos aparentes e retrocessos momentâneos, um desenvolvimento progressivo acaba por se fazer hoje. (LAKATOS E MARCONI, 2003, p.101).

Enfim, o materialismo dialético busca ultrapassar a aparência para pensarmos a realidade a partir do concreto, sendo assim:

Ao concreto é aquilo que se quer alcançar, que se quer compreender; portanto, ele é o resultado a que se quer chegar. Contudo, ele é ao mesmo tempo, o ponto de partida, uma vez que é a partir dessa observação imediata que se buscam suas múltiplas determinações – para conhecê-lo em sua singularidade, particularidade e universalidade –, tendo em vista a concepção de totalidade. É a partir das representações que se inicia o processo do pensamento (SANTOS, 2006, p. 125).

Para Marx (1999) esse método tem dois momentos, o primeiro momento seria o ponto de partida, seria quando nos deparamos com a representação confusa do todo, pois ainda não se entrou em contato com as várias determinações que constituem esse todo, nesse momento, o concreto se mostra na sua aparência, cabe destacar que o concreto é a aparência em que se vê somente as formas sintéticas, é a relação imediata.

Portanto o segundo momento seria através da compreensão do concreto em sua totalidade, porém não mais como um concreto apropriado apenas na sua aparência, ele se tornou um concreto pensado, o sujeito o vê em suas conexões, contradições, no todo.

Esta concepção dialética da totalidade, que tanto se afasta em aparência da realidade imediata e que constrói esta realidade de um modo aparentemente não-científico, é, de fato, o único método que pode captar e reproduzir a realidade no plano do pensamento. A totalidade concreta é, pois, a categoria fundamental da realidade (LUCKÁCS, 1979, p. 24).

Assim, foi a partir deste método que buscamos conhecer a realidade sobre o Serviço Social na efetivação dos direitos das pessoas com DRC, compreendendo a atuação desse profissional junto a esses usuários e o quanto é necessário a intervenção do assistente social na busca desses direitos.

Para materializar o trabalho, os procedimentos metodológicos utilizados envolveu inicialmente a pesquisa bibliográfica, que entende-se como a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Essa revisão é o que chamamos de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da internet entre outras fontes.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

4.2 A Importância do Serviço Social na Efetivação do Direito a Saúde do Usuário com Doença Renal Crônica.

Com o estudo dos capítulos anteriores pode-se verificar que o Serviço Social é uma profissão que se consolida nas lutas de classe, e que tem, portanto essa realidade social enquanto cenário de sua intervenção profissional, pautando o seu objeto de intervenção na desigualdade social, o qual está voltado para as expressões e manifestações da questão social. Entende-se que o objetivo do assistente social está respaldado pelos princípios fundamentais do Código de Ética de 1993, trazendo à tona em especial a efetivação, preservação e ampliação dos direitos sociais (IAMAMOTO, 2007).

O assistente social busca constantemente atuar nas políticas sociais envolvendo a família, a criança, o adolescente, o idoso, no que se refere à saúde, a educação, pelos direitos sociais entre outras, enfatizando na informação a possibilidade de garantia dos direitos sociais e como acessá-los.

O profissional de Serviço Social, a partir de sua formação, está habilitado a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social. Em sua prática é apto a elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, visando a defesa dos Direitos Sociais, a ampliação da cidadania e a consolidação da democracia, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988.

Percebe-se que a intervenção profissional do assistente social fortalece a partir de uma constante relação com as Políticas e os Direitos Sociais. A partir disso, este profissional não poderia ficar ausente à realidade que envolve a saúde por possuir um papel de significativa relevância na discussão da Política de Saúde, voltando o seu exercício profissional nesta área para a conquista da Saúde como um bem público e um direito universal.

O Conselho Nacional de Saúde, através da resolução CNS nº 218/1997, reconheceu o assistente social, juntamente com outras categorias, como profissional de Saúde de nível superior.

Entende-se que o conceito Saúde é muito mais complexo, pois se compreende que está ligado a vários aspectos, como biológicos, econômicos, culturais, sociais e essa relação entre o homem e seu meio de trabalho.

Reconhece-se que o assistente social possui um acervo de conhecimentos que o qualificam a atuar na equipe de saúde como “[...] profissional que articula o recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer” (CFESS, 1999, apud NOGUEIRA, 2005, p. 10).

Nesse sentido, pode intervir em todos os níveis nos programas de Saúde, inclusive nos programas de patologias específicas, que abrangem a doença renal crônica, foco de estudo deste trabalho.

O atendimento a esses usuários se faz necessário devido à carência, angústia, medo, frustrações decorrentes da doença renal crônica e da realidade que gira em torno dela, pois esta doença conduz os usuários a uma problemática complexa, devido ao fato do tratamento e dos padecimentos gerados pela mesma, os impedem de exercerem atividades normais do dia a dia, sendo submetidos a rígidas restrições em sua vida cotidiana.

É importante entender que a pessoa com doença renal crônica, não pode ser considerado um doente ou incapaz, mais sim um cidadão de direitos e deveres, e que pode ser capaz de contribuir para uma sociedade melhor, por esse motivo e pelo crescimento das pessoas com essa patologia, houve a necessidade da criação da Política Nacional do Portador com Doença Renal Crônica.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica teve como um dos objetivos organizar a atenção aos pacientes com doença renal em serviços regionalizados e, com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde, garantir a esses pacientes a atenção nos vários níveis de complexidade.

Em seu art. 3º, é fundamentada as seguintes informações:

I – atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações Clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas nesse nível.

II – média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e de doenças renais.

III – alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise, visando alcançar impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência em alta complexidade se dá por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde [...] (BRASIL, 2004, [s.p]).

Outro ponto importante que se encontra disposto na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal é a questão relacionada à qualificação dos profissionais, trabalhando com a educação permanente em saúde¹⁴, que contribui para o envolvimento destes com a política e com os usuários dos serviços de Saúde.

Observando, sobretudo o princípio da integralidade, pois, os profissionais devem estar capacitados para o cuidado adequado com o portador de doença renal crônica. Estes usuários devem necessariamente ser acompanhados pela equipe multiprofissional, pois na fase de preparação para a hemodiálise, muitas são as inquietações dos usuários e/ou dos seus familiares. Nessa etapa, surgem inúmeras dúvidas que precisam ser absorvidas para que o usuário não desista por medo ou por qualquer outro fator.

¹⁴ Pode ser compreendida sob duas perspectivas, a primeira se refere a “prática de ensino-aprendizagem” e a segunda a “política de educação na saúde”. Essa prática possui certa semelhança com algumas vertentes utilizadas na educação popular em saúde e compartilha alguns de seus conceitos, entretanto, do ponto de vista da educação popular, esta objetiva a cidadania, e do ponto de vista da educação permanente, visa o trabalho (PEREIRA, 2008).

Além da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, as pessoas com DRC possuem outros instrumentos legais que regulamentam como deve proceder o atendimento. O Ministério da Saúde criou a Portaria nº 389 de 13 de março de 2014, a qual estabelece “[...] critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica e instituiu incentivo financeiro de custeio para o cuidado ambulatorial pré-dialítico, na rede temática de atenção a doenças/condições crônicas.” (BRASIL, 2014, p. 01).

É, portanto no artigo 19º dessa portaria da composição das equipes, que estipula pelo menos um assistente social como membro da equipe, sendo os demais, Médico Nefrologista, Enfermeiro, Psicólogo e Nutricionista.

Com o conhecimento desta realidade, o assistente social busca em sua atuação conhecer as características e dificuldades que os portadores de doença renal crônica estejam vivenciando e intervir na perspectiva de conhecer o contexto social que cerca esses usuários/pacientes prestando serviços sócio-assistenciais, conforme as necessidades da doença, de acordo com cada portador desenvolvendo pesquisas em temas específicos relacionados ao processo saúde/doença dos portadores de doença renal crônica.

Diante desse contexto o assistente social procura também agilizar os encaminhamentos necessários, relativos às situações advindas da doença, do tratamento e das suas implicações sociais envolvidas, como por exemplo, a falta de poder aquisitivo do paciente para se deslocar constantemente ao hospital para a realização do tratamento, aquisição de medicamentos, meios de locomoção como cadeira de rodas, falta de suporte familiar, entre outras; orientando os familiares dos pacientes sobre a melhor maneira de estarem auxiliando, apoiando e oferecendo um ambiente familiar acolhedor a esses pacientes.

Portanto, é a partir do conhecimento do contexto social que envolve os usuários com DRC que o assistente social pode estar identificando novas formas de atuar, tendo em vista a qualidade dos serviços prestados a esses usuários. Deve estar atento a determinadas falhas que ainda persistem nos serviços públicos de saúde, como a falta de acesso às terapias renais substitutivas, tendo como desafio a identificação das dificuldades que podem estar sustentando esta realidade social e o desenvolvimento de estratégias de ação para diminuí-los.

No entanto, o trabalho do assistente social com os usuários da DRC deve visar cada vez mais oferecer assistência integral ao usuário, através de um constante acolhimento, aprimorando suas técnicas e processos de trabalho, essenciais para possibilitar a melhoria da qualidade de vida desse usuário e sua família, efetivando assim os seus direitos prescritos na legislação brasileira.

No que diz respeito à família, a sua participação em todo o processo do tratamento torna-se essencial, uma vez que o usuário se sentirá apoiado e seguro para dar continuidade ao tratamento. Trabalhar com a família nessa perspectiva é sobre tudo, trabalhar as relações, tendo em vista reforçar os vínculos afetivos, esclarecendo todo o processo de tratamento dos pacientes e possíveis intercorrências, assim como promover reflexões acerca dos aspectos sociais que envolvem a vida do mesmo.

Sendo assim, esta intervenção é muito importante para a melhoria das condições de vida do usuário com DRC, visto que o seu processo de adoecimento, as exigências do tratamento e as alterações em sua vida cotidiana, envolvem procedimentos relacionados a fatores sociais, que não são realizados por nenhum outro profissional de saúde, e sim pelo assistente social.

Cabe ressaltar que o assistente social tem um papel essencial junto aos usuários com doença renais, no conhecimento e esclarecimento de seus Direitos Sociais, como também na luta pela efetivação dos mesmos, através do apoio e engajamento a entidades e associações que defendem coletivamente os direitos e interesses dos usuários com DRC.

Nesse sentido, a atuação do assistente social tem um grande significado na vida do portador de doença renal, contribuindo para o êxito do tratamento e melhoria da sua condição de vida.

É necessário ressaltar sobre a importância da humanização nos hospitais, principalmente quando se diz respeito às áreas de média e alta complexidade, como no caso da doença renal crônica. Muitas vezes o ser humano, quando procura um atendimento hospitalar, não é somente pela falta de Saúde, mais também seja por algum sintoma físico ou psicológico, procura alívio para suas dores e respostas as suas angustias.

O assistente social é um profissional que atua não se baseando na aparência e no imediatismo, ele tem uma visão de totalidade, assim podendo aprofundar e entender a realidade do usuário, que está além do processo de saúde e doença.

Nessa perspectiva é importante compreender que a concepção de Saúde que deve pautar os processos de trabalho dos profissionais é de entendera saúde em seu conceito ampliado, isto é, a saúde deve ser compreendida para além dos fatores biológicos, pois é compreensível que o social interfira diretamente na saúde da população.

A partir desse entendimento os profissionais devem ter o compromisso em atuar no desenvolvimento de novas formas de enfrentamento a esses problemas de saúde, através do desenvolvimento de ações voltadas para as múltiplas expressões da questão social.

O Serviço Social compreende que a Saúde é além da ausência de doença, portanto entendendo de que os fatores socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, dentre outros, influenciam diretamente no processo de saúde e doença. Por esse motivo é importante que haja a articulação da Saúde com as demais Políticas Sociais para que ocorra de fato a garantia de acesso às ações e aos serviços capazes de atender as demandas e necessidades de Saúde da população com DRC.

Então se percebe que o Serviço Social nessa área é fundamental, pois é por meio da abordagem deste, que é possível a identificação de problemáticas de natureza social, que muitas vezes não são ressaltadas nas consultas e atendimentos médicos, visto que o profissional médico em alguns casos encontra-se preocupado em dar o diagnóstico clínico, e o Serviço Social tem a preocupação de apresentar o diagnóstico social acerca da realidade do paciente, demonstrando a efetivação do conceito ampliado de saúde.

5 APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

O presente trabalho revelou a importância do Serviço Social junto ao usuário com DRC, entendendo seu papel na busca da efetivação dos seus direitos perante a Política de Saúde, respaldado no código de ética da profissão de 1993.

O Serviço Social é importante na mediação das relações entre instituição, equipe profissional, paciente e família, todos envolvidos no percurso do tratamento da pessoa com DRC, pois suas intervenções estão voltadas para o enfrentamento das expressões e manifestações da questão social que incidem sobre a saúde, articulando a acessibilidade aos direitos, prescritos na legislação brasileira.

O Serviço Social estabelece à aproximação com o usuário e seus familiares para compreender, apreender e estabelecer uma reflexão sobre essa nova realidade, pois o profissional na saúde também pode realizar ações individuais e coletivas na perspectiva de educação em saúde, repassando informações sobre a rotina hospitalar, encaminhamentos e para, além disso, trabalhar com o usuário, com base na dimensão pedagógica da profissão, numa perspectiva de enfatizar a participação dos usuários na luta pelos Direitos Sociais.

Acerca do Serviço Social com os familiares da pessoa com DRC, o mesmo tem um olhar sensível para o relacionamento fragilizado entre o usuário e a família. O impacto na vida da família é tão significativo quanto ao do usuário com DRC, por assumir responsabilidades de realizar tarefas de cuidados com o familiar doente. Por isto é importante que a família também seja incluída no processo de acompanhamento e informação.

Com este trabalho foi possível identificar que o desenvolvimento da Política de Saúde brasileira iniciada em meados da década de 1923 e em processo de efetivação nos dias atuais (2019) vivenciou e vivencia um movimento de avanços e retrocessos, pois é possível afirmar que isso se dá através das inúmeras transformações sociais, econômicas e políticas ocorridas no Brasil e no mundo ao longo das décadas, e isso tem reflexo em todos os âmbitos da vida social, visto que atingem diretamente os direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora, tratando de questões essenciais da vida do ser humano como, por exemplo, a saúde como mercadoria, banalizando a vida humana, valorizando em demasia a tecnologia em detrimento das necessidades básicas.

Sobretudo na saúde, desde a sua institucionalização como Política Social vem sofrendo sucessivos ataques por parte da lógica mercantil, que a encara como uma mercadoria e não como um direito, o qual consta na Constituição Federal de 1988. A Saúde é exposta a partir da compreensão de dois projetos em disputa na sociedade, o da Reforma Sanitária e o

Privatista. No entanto, é o último que acaba se sobressaindo ao outro, uma vez que é o que mais atende aos interesses dessa lógica mercantil.

Portanto a Saúde passa por um momento de total falta de investimento, desmonte e precarização das condições de trabalho dos profissionais e isso rebate diretamente no atendimento prestado ao usuário. Dentro desse contexto, o profissional que se encontra na intervenção vem enfrentando enormes desafios dentro de todo esse cenário neoliberal, o mesmo deve buscar estratégias para uma atuação de acordo com os princípios do Projeto Ético Político de Serviço Social.

Ao abordar acerca do Projeto Ético-Político Profissional, ficou evidente a existência de uma crise na sua efetivação, pois na atual conjuntura neoliberal, os desafios e dificuldades ao Projeto Profissional do Serviço Social e ao Projeto Sanitário são enormes. Como a reforma da previdência, a PEC 241, anteriormente PEC 55 são exemplos de ataques que rebatem diretamente nos serviços de Saúde e os princípios defendidos por eles. O profissional de Serviço Social precisa estar atento a essas fortes ameaças e assim trabalhar numa perspectiva de superação da ordem social vigente.

Assim podemos concluir que o Assistente Social, em sua atuação deve estar voltado, em todos os espaços sócio-ocupacionais, para uma atuação que supere o imediatismo das ações, e se afaste de ações conservadoras e tradicionais, mas sim, que tenha uma visão crítica da totalidade da vida social e reconheça as expressões e manifestações da questão social como objeto de sua ação profissional.

Nesta perspectiva a pesquisa demonstrou que o Serviço Social produz impacto positivo na complexidade do tratamento. É um importante profissional no atendimento integrado junto às equipes de saúde, usuários com DRC e familiares, fornecendo e disseminando informações e ações que auxiliam na melhoria dos serviços.

Para tanto diante deste estudo bibliográfico, sugerimos a ampliação e aprofundamento de estudos na área da saúde voltado ao paciente com DRC, possibilitando pesquisas empíricas para expressar e desvelar a visão de assistentes sociais, pacientes, familiares e equipe interdisciplinar sobre a importância do trabalho do assistente social diante desta realidade social e da doença que vem crescendo no contexto atual.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. Desafios do Projeto Profissional de ruptura com o conservadorismo. In: **Revista Serviço Social e Sociedade n. 91**. São Paulo:Cortez, 2007. p. 34-48.
- AGRA, Walber de M. **Tratado de Direito Constitucional**. Coordenadores Ives Gandra da Silva Martins, Gilmar Ferreira Mendes, Carlos Valder do Nascimento. – São Paulo: Saraiva, 2010.
- ALCALDE, Paulo Roberto; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. **Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica**. scielo, São Paulo, SP, Brasil, p. 1-4, nov. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/2018nahead/pt_2175-8239-jbn-3918.pdf>. Acesso em: 14 Agosto. 2018.
- ANDRADE, Roberta Ferreira Coelho de et al. **Direitos Sociais e Formação Profissional em Serviço Social: uma leitura a partir do Curso de Serviço Social da UFAM**. VII Jornada internacional de políticas públicas, Amazonas, p. 1-11, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo13/direitos-sociais-e-formacao-profissional-em-servico-social-uma-leitura-a-partir-do-curso-de-servico-social-da-ufam.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. Questão social no Brasil e Serviço Social. In: **Crise Contemporânea, Questão social e Serviço Social**. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD, 1999. Módulo 2. (73-86).
- AQUINO, Maura Alvarenga de; MACIEL, Fabrícia Cristina de Castro. Direitos humanos e cidadania: um desafio ao serviço social contemporâneo. **III Simpósio mineiro de assistentes sociais**, Brasília, p. 1, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.cress-.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.
- BARBOSA, Maria Margarida. Serviço Social Utopia e Realidade: uma visão da história. In: **Caderno Serviço Social**, Belo Horizonte, 1997, v.2, n. 2, p. 25-71.
- BASTOS, Marcus Gomes. et al. **Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, vol.XXVI, nº4, 2004. Disponível em: <http://www.prerenal.ufjf.br/ensino/JBN_2004_DRC.pdf> Acesso em 16 de Agosto de 2008.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. A inscrição da ética e Direitos Humanos no projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade 79**, ano XXIV, São Paulo: Cortez, 2004, p.27-42.

BRAZ, Fernanda Guimarães. **Aspectos Sociais da Doença Renal Crônica: Dimensões de Análise e Desafios para o Serviço Social**. 2008. 66 p. Monografia (Serviço Social)- Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2008. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial285355.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

BRAZ, Marcelo. **A hegemonia em xeque**. Projeto ético-político do Serviço Social e seus elementos constitutivos. *Revista Inscrita*, Cfess: Brasília, n. 10, p. 4-10, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, SUS, Brasília, Congresso Nacional, Set. 1990. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em 19 de Agos. 2018.

_____. **CNS-Conselho Nacional de Saúde**, RESOLUÇÃO Nº 218, de 6 de março de 1997. Disponível em: < <https://www.google.com.br/webhs-cns>>. Acesso em: 18 Nov. 2018.

_____. **CONSTITUIÇÃO (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em 19 de Agosto. 2018.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal**. 2004. Disponível em www.sbn.org.br/noticias/PoliticaNacional.doc Acesso em 18 de Agosto de 2018.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH)**. Documento para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) princípios e conquista**. Brasília, 2000.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. –Brasília: CONASS, 2015 a.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Saúde**. –Brasília: CONASS, 2011 - atualização/Jun.2015.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. –Brasília: CONASS, 2011 a.

_____.Ministério da Saúde.**Carta dos direitos dos usuários da saúde**/Ministério da Saúde. –3. ed. –Brasília : Ministério da Saúde, 2011b.

_____.Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. –3. ed. –Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: **documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo e Rio de Janeiro: Cortez e Ed. UFRJ, 1996.

_____. **As políticas brasileiras de Seguridade Social – Saúde**. In CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Modulo III: Política Social. Brasília: UNB-CEAD/, 2000.

_____.**Política de Saúde no Brasil. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

_____, MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: Ana Elizabete. [et al.]. **Serviço Social e Saúde**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: Ministerio da Saúde 2009.

_____,MATOS, Maurílio Castro. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta et al. (Orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____, **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de e ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (orgs.). Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. [el al], (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 21. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BORGES, Cristiane Fernandes da Silva. **Uma análise da relação teoria e prática na atuação profissional das assistentes sociais do hospital distrital drº evandro ayres de moura**. 2012. 71 f. Monografia (Serviço Social)- Faculdade Cearense, Fortaleza, 2012.

Disponível em:

<<http://ww2.faculdaescearenses.edu.br/biblioteca/TCC/CSS/umaanalisedarelaca0teoriapraticeanaatuacaoprofissionaldasassistentesociaisdohospitaldistrital.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CARVALHO, Raul de; IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica** 15. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CASTRO, Manuel. Manrique. **História do Serviço Social na America Latina/ Manuel Manrique Castro; tradução de José Paulo Netto e Balkys Villalobos**. 4 ed. – São Paulo: Cortez, 1993.

CENTENARO, G.A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1881-5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/102.pdf>. Acessado dia 24/08/2018.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. 10 ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais**. Brasília, 2010. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 22 Nov. 2018.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília. 2010.

CEZAR, Camile Alves. **A invisibilidade do trabalho familiar: uma discussão sobre o cuidado na política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru.** Trabalho de Conclusão de Curso. Serviço Social Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

COSTA, Maria Dalva Horácio Da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** Dissertação de Mestrado. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf Acesso em 20, set. 2018.

COSTA, Paula Rita Baptista; PANOZZO, Vanessa Maria. ASSISTÊNCIA à saúde nos serviços de alta complexidade no Brasil: uma experiência de trabalho do assistente social. **Série estudos em saúde coletiva**, Rio Grande do Sul., p. 4-21, jun. 2016. Disponível em: <<http://gravatai.ulbra.tche.br/jornal/index.php/revistaampliar/article/download/80/59>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Metodologia e Ideologia do trabalho Social.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1981.

_____, Vicente de Paula. **Confrontos teóricos do movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez Ano VII, nº 24 – p. 49-69, Agosto/1987.

FERREIRA, Roberta Coelho de Andrade et al. **Direitos Sociais e formação profissional em Serviço Social.** 2015. 11 f. Artigo (Serviço Social)- Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/direitos-sociais-e-formacao-profissional-em-servico-social-uma-leitura-a-partir-do-curso-de-servico-social-da-ufam.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2018.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 14ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

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

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social.** 4 ed. São Paulo, Cortez, 1997.

LUKÁCS, Georg. **Ontologia do Ser Social**: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

MACEDO, Aruza Albuquerque de SILVA, Cleyton Barreto e; **A fundamentalidade dos Direitos Sociais**. 2009. 17 p. Artigo (Direito)- 7 de setembro, Fortaleza, 2009. Disponível em: <https://www.uni7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic/v_encontro/afundamentalidadedossdireitossociais.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MACHADO, Angelita Gnecco. **A percepção dos usuários do plantão social acerca da atuação do Serviço Social Florianópolis 2008/**. 2008. 94 f. Monografia (Serviço Social)- Universidade Federal de Santa Catarina, SANTA CATARINA, 2008. Disponível em: <<http://portal.bu.ufsc.br/normas-e-procedimentos/tccsmonografias/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. **Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica**. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, dez. 2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social**: Identidade e Alienação. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. Disponível em: <https://adm.ufersa.edu.br/wp-content/uploads/sites/18/2014/10/Marshall-Cidadania-Classe-Social-e-Status1.pdf>. Acesso em: 12 de Novembro de 2018.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista** (1848). Edição Ridendo Catigal Mores. Versão para e Books Brasil.com Fonte digital de 1999. 1848. Disponível em WWW.janhr.org/acessado em 10 de outubro de 2018.

_____, Karl. *O Capital – O Processo de Produção do Capital*. Livro I, v. I. 17.ed. Rio de Janeiro – Civilização Brasileira, 1999.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: atlas, 2003.

MATOS, Maurílio de Castro. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. N. 74, jul./2003, p. 84-117.

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440>. Acesso em 02 Nov. 2018.

MORETTO, Fernando. **Direitos Sociais**: sua inserção e eficácia na constituição da república federativa do Brasil de 1988. 2008. 94 p. Monografia (Direito)- Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, 2008. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Fernando%20Moretto.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

MOTA, Ana Elizabete Mota. **A Reforma Universitária e as implicações para o Projeto Ético-Político Profissional**. In: *Conferências e Deliberações do XXXIV Encontro Nacional CFESS/CRESS*. 2005, Manaus, Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2007.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 55, abr. 1997.

_____. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo, Cortez, 2008.

NARDINO, Daiana. **A política de assistência ao portador de doença renal: a doença, seu tratamento e custos**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. 2007.

NORONHA, José Carvalho de et al . Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2051-2059, jun. 2018

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

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Serviço Social na Área da Saúde**. Mimeo, 2005.

OLIVEIRA, Edístia Maria Abath Pereira de CHAVES, Helena Lúcia Augusto. **80 anos do Serviço Social no Brasil**: marcos histórico balizados nos códigos de ética da profissão. Serv. Soc. Soc., São Paulo.

2017.<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Nov. 2018.

OLIVEIRA, Jaime de; TEIXEIRA, Sonia Fleury. (Im) previdência social: 60 anos de história da previdência social. Petrópolis: Vozes. 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é SUS? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PASTORINI, Alejandra. As políticas sociais e o Serviço Social: instrumento de reversão ou manutenção das desigualdades? In: MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. . 2.ed. rev. ampl. -Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINTO FERREIRA, Luiz. Curso de direito constitucional. 5a. ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

REIS, Marcelo Braz Moraes dos. **Notas sobre o Projeto Ético Político do Serviço Social**. Coletânea de Leis – CRESS 6ª Região – MG, 2004, p. 455-465.

RODRIGUES, Tatiana Aparecida ; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. Acta Paul Enferm. 22 (espec-nefrologia): 528-30, 2009.

SANTOS, Cláudia Mônica. SANTOS, Cláudia Mônica. **Instrumentos e Técnicas: Mitos e dilemas na formação profissional do assistente social na Brasil**. Tese- doutorado – UFRJ/Escola de Serviço Social/Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2006.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira. O serviço social na conjuntura brasileira: demandas e respostas, In: **Serviço Social e Sociedade**, n.44, São Paulo, Cortez, 1994, p.77-102.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo.34. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2011.

TEIXEIRA, Francisco José Soares (Org.). *Neoliberalismo e Reestruturação produtiva: as Novas Determinações do Mundo do Trabalho*. São Paulo: Cortez, 1996.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A **priorização da família nas políticas de Saúde: Saúde em debate**. Rio de Janeiro. V 23 n.53, set. 1999.

_____, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2001.

VINAGRE, Marlise e PEREIRA, Tânia Maria Dahmer. **Ética e Direitos Humanos. Curso de Capacitação Ética para Agentes Multiplicadores**. 2 ed. caderno nº 4. Brasília. CFESS 2007.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2006.